



**FRANZ ALEXANDER
PSYCHOSOMATIC MEDICINE IT'S
PRINCIPLES
AND APPLICATIONS
NEW YORK**

**ФРАНЦ АЛЕКСАНДЕР
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
ПРИНЦИПЫ И ПРАКТИЧЕСКОЕ
ПРИМЕНЕНИЕ**

Собственность Профессионального медицинского объединения
психотерапевтов, психологов и социальных работников

ББК 88.4 А46

Franz ALEXANDER PSYCHOSOMATIC MEDICINE IT'S PRINCIPLES
AND APPLICATIONS

Перевод с английского С. Могилевского Серийное оформление
художника Д. Сазонова Серия основана в 2001 году

Александр Ф.

А 46 Психосоматическая медицина. Принципы и практическое
применение. /Пер. с англ. С. Могилевского. — М.:

Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с. (Серия «Психология без

границ»).

ISBN 5-04-009099-4

Франц Александер (1891—1964) — один из ведущих американских психоаналитиков своего времени. В конце 40-х — начале 50-х гг. он развил и систематизировал идеи психосоматики. Благодаря его работам об эмоциональных причинах возникновения гипертонии и язвы желудка стал одним из основоположников психосоматической медицины.

В своей главной книге он обобщает результаты семнадцатилетней работы, посвященной изучению влияния психологических факторов на функции тела, на возникновение, протекание и исход соматических заболеваний.

Опираясь на данные психиатрии, медицины, гештальт-психологии, психоанализа, автор рассказывает о взаимосвязи эмоций и заболеваний сердечно-сосудистой системы, системы пищеварения, нарушений обмена веществ, сексуальных расстройств и т.д., раскрывая свое понимание организма как интегрированной системы.

Для психиатров, психологов, медиков, учащихся всех перечисленных специальностей.

ББК 88.4

© ЗАО «Издательство «ЭКМО-Пресс». Перевод, оформление, 2002

ISBN 5-04-009099-4

Моим коллегам, сотрудникам Чикагского института психоанализа

ПРЕДИСЛОВИЕ

Эта книга, появившаяся на основе более ранней публикации «*Медицинская ценность психоанализа*», имеет перед собой две цели. В ней делается попытка описать основные понятия, на которых основывается психосоматический подход в медицине, и представить имеющиеся знания, касающиеся влияния психологических факторов на функции тела и их расстройства. Книга не содержит исчерпывающего обзора многих отдельных наблюдений, опубликованных в медицинской литературе и касающихся влияния эмоций на болезнь; в ней представлены только результаты систематических исследований.

Автор убежден в том, что прогресс в этой области требует принятия основного постулата: психологические факторы, влияющие на физиологические процессы, должны подвергаться настолько же подробному и тщательному изучению, как это принято при исследовании физиологических процессов. Упоминание об эмоциях в таких терминах, как тревога, напряженность, эмоциональная неустойчивость, является устаревшим. Актуальное психологическое содержание эмоции должно быть исследовано наиболее передовыми методами динамической психологии и иметь корреляцию с соматическими реакциями. В эту книгу были включены только те исследования, которые соответствовали этому методологическому принципу.

АЛЕКСАНДЕР ФРАНЦ

Другой постулат, характеризующий эту работу, состоит в том, что психологические процессы в своей основе не отличаются от других процессов, имеющих место в организме. Они в то же время являются физиологическими процессами и отличаются от остальных телесных процессов только тем, что воспринимаются субъективно и могут быть

переданы вербально окружающим. Они могут поэтому изучаться психологическими методами. Каждый телесный процесс прямо или косвенно подвержен влиянию психологических стимулов, поскольку организм в целом представляет собой единицу, все части которой взаимосвязаны между собой. Психосоматический подход поэтому может быть применен к любому феномену, имеющему место в живом организме. Такая универсальность применения объясняет заявления о грядущей психосоматической эре в медицине. В настоящее время не может быть сомнений в том, что психосоматическая точка зрения предлагает новый подход к пониманию организма как интегрированного механизма. Терапевтические возможности нового подхода установлены для многих хронических заболеваний, и это дает возможность надеяться на его дальнейшее применение в будущем. '

Чикаго, декабрь 1949.

•

БЛАГОДАРНОСТЬ

Психосоматический подход является мультидисциплинарным методом, в рамках которого психиатры сотрудничают с экспертами в различных областях медицины. Эта книга является результатом моего семнадцатилетнего сотрудничества с коллегами по Чикагскому институту психоанализа и другими врачами-специалистами.

Я хотел бы поблагодарить доктора И. Артура Мирски (I. Arthur Mirsky) за помощь в оценке некоторых физиологических данных, в частности, в главах про гормональные механизмы, нервную анорексию, гипертонию, тиреотоксикоз и сахарный диабет, а также за подготовку иллюстраций и мисс Хэлен Росс (Helen Ross), докторов Томаса Саса (Thomas Szasz) и Джорджа Хэма (George Ham), которые прочли рукопись и сделали ценные замечания. Глава про тиреотоксикоз основана на исследовательской работе, проведенной мной в сотрудничестве с доктором Джорджем Хэмом и доктором Хью Кармайклом (Hugh Carmichael), результаты которой будут опубликованы в *«Journal of Psychosomatic Medicine»*.

Часть глав книги основаны на опубликованных ранее статьях. Я хотел бы поблагодарить доктора Карла А. Л. Бингера (Carl A. L. Binger) и Поля Б. Хебера (Paul B. Haeber) за разрешение перепечатать в данной книге части статей, ранее публиковавшихся в *«Psychosomatic Medicine»* (F. Alexander: «Psychological Aspects of Medi

АЛЕКСАНДЕР ФРАНЦ
cine», «Emotional Factors in Essential Hypertension», «Psychoanalytic Study of a Case of Essential Hypertension», «Treatment of a Case of Peptic Ulcer and Personality Disorder»; F. Alexander & S.A. Portis: «A Psychosomatic Study of Hypoglycaemic Fatigue»), доктора, Сиднея Портиса (Sidney Portis) за разрешение частично перепечатать мою главу, опубликованную в *«Diseases of the Digestive System»*, Совет национальной безопасности Чикаго за разрешение перепечатать мою статью, опубликованную в *«Current Topics in Home Safety»*, и доктора Яго Гальдстона (Jago Galdston) и Генри Х. Уиггинса (Henry H. Wiggins) за разрешение перепечатать части моей статьи «Современные тенденции в психиатрии и взгляд в будущее» («Present Trends in Psychiatry and Future Outlook»), опубликованной в *«Modern Attitudes in Psychiatry»*, издательство Колумбийского университета, которая послужила основой для некоторых частей введения и первых пяти глав.

Часть 1 ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

ГЛАВА 1

ВВЕДЕНИЕ

И снова в центре внимания медиков оказывается больной — живой человек со своими бедами, страхами, надеждами и разочарованиями, который представляет собой неделимое целое, а не просто набор органов — печени, желудка и т. д. В течение двух последних десятилетий главное внимание стало уделяться причинной роли эмоциональных факторов в возникновении заболевания. Многие медики стали использовать психологические подходы в своей практике. Некоторые серьезные консервативные клиницисты считают, что эта тенденция угрожает основам медицины, с таким трудом достигнутым. Слышны авторитетные голоса, утверждающие, что этот новый «психологизм» несовместим с медициной как с естественной наукой. Они хотели бы, чтобы медицинская психология была сведена к такту и интуиции врача при уходе за больным, что не имеет ничего общего с Научным методом, основанным на физике, химии, анатомии и физиологии.

Тем не менее в исторической перспективе подобный интерес к психологии — не более чем возрождение прежних, донаучных взглядов в обновленном научном виде. Священник и врач не всегда делили между собой заботу о телесном и душевном здоровье человека. Бывали времена, когда забота о больном была сосредоточена в одних и тех же руках. Чем бы ни объяснялась целительная сила врача, евангелиста или святой воды, ле¹¹

чебный эффект от их вмешательства был весьма значителен, являясь зачастую даже более заметным, чем у многих современных лекарств, химический анализ которых мы можем осуществить и фармакологическое действие которых мы можем оценить с высокой степенью точности. Психологическая составляющая медицины сохранилась исключительно в рудиментарной форме (в процессе взаимоотношений врача и больного, тщательно отделявшихся от теоретических основ медицины) — в основном как убеждающее и утешающее влияние врача на больного.

Современная научная медицинская психология является не чем иным, как попыткой поставить на научную основу искусство врачевания, психологическое воздействие врача на больного, сделав его неотъемлемой частью терапии. По-видимому, терапевтический успех медика (лекаря или священника, равно как и современного практикующего врача) в современной практике во многом обязан существованию некой эмоциональной связи между врачом и больным. Тем не менее эта психологическая функция врача в значительной степени игнорировалась в прошлом столетии — в период, когда медицина стала настоящей естественной наукой, основанной на применении физических и химических принципов по отношению к живому организму. Вот коренной философский постулат современной медицины: тело и его функции могут быть поняты в терминах физической химии в том смысле, что живые организмы являются физико-химическими механизмами, и идеал врача заключается в том, чтобы стать инженером человеческого тела. Поэтому признание существования психологических механизмов и психологическо

го подхода к проблемам жизни и болезни могло восприниматься

как возвращение к невежеству тех мрачных времен, когда болезнь считалась делом рук злого духа и лечение представляло собой изгнание нечистой силы из больного тела. Считалось естественным, что новая медицина, основанная на лабораторных экспериментах, должна заботливо оберегать свой новоприобретенный научный ореол от таких устаревших мистических понятий, как психологические. Медицина, этот нувориш среди естественных наук, во многих отношениях приняла установку, типичную для нувориша, который желает забыть свое скромное происхождение и делается более нетерпимым и консервативным, чем истинный аристократ. Медицина становится нетерпимой ко всему, что напоминает ее духовное и мистическое прошлое, в то же время ее старшая сестра, физика, аристократка меж естественных наук, подверглась гораздо более основательному пересмотру фундаментальных понятий, затрагивающему самое ядро науки — обоснованность понятия детерминизма.

Эти замечания не преследуют своей целью уменьшение значимости достижений лабораторного периода в медицине — самого блестящего этапа ее истории. Ориентация медицины на физико-химический подход, для которого был характерен скрупулезный анализ мельчайших аспектов предмета исследования, стала причиной значительного прогресса медицины, примерами которого являются современные бактериология, хирургия и фармакология. Один из парадоксов исторического развития заключается в том, что, чем значительнее научные заслуги какого-либо метода или принципа, тем сильнее он тормозит последующее развитие науки. В силу инерции человеческого мышления в науке ндолго остаются идеи и методы, ценность которых были доказана в прошлом, даже если их польза очевидным образом оборачивается во вред. В истории точных наук, к примеру физики, можно отыскать немало подобных примеров. Эйнштейн утверждал, что идеи Аристотеля относительно движения застопорили развитие механики на две тысячи лет (76). Прогресс в любой области требует переориентации и введения новых принципов. Хотя эти новые принципы могут и не противоречить старым, тем не менее они зачастую отвергаются или принимаются только после долгой борьбы.

Ученый в этом отношении имеет не меньше предрассудков, чем любой обыватель. Та же физико-химическая ориентация, которой медицина обязана выдающимися достижениями, становится по причине своей односторонности препятствием для дальнейшего развития. Лабораторная эра в медицине характеризовалась своей аналитической установкой. Для этого периода был типичен специфический интерес к частностям, к пониманию частных процессов. Появление более точных методов наблюдения, в частности микроскопа, отворило новый микрокосм, создавая возможность беспрецедентного проникновения в мельчайшие части тела. В процессе исследования причин заболеваний принципиальной целью стала локализация патологических процессов. В древней медицине превалировала гуморальная теория, утверждавшая, что носителями заболеваний являются жидкости тела. Постепенное развитие методов вскрытия в период Ренессанса сделало возможным точное исследование органов человеческого организма, и это привело к появлению более реалистичных,

но в то же время и более локализационистских этиологических концепций. Моргани в середине XVIII века утверждал, что источники разных болезней находятся в определенных органах, к примеру в сердце, почках, печени и т. д. С появлением микроскопа местонахождение заболевания стало еще более определенным: местом локализации болезни стала клетка. Основная заслуга здесь принадлежит Вирхову, утверждавшему, что не существует болезней вообще, бывают только болезни органов и клеток. Выдающиеся достижения Вирхова в области патологии, подкрепленные его авторитетом, стали причиной и поныне актуальных догматических взглядов медиков на проблемы клеточной патологии. Влияние Вирхова на этиологическую мысль — классический пример исторического парадокса, когда великие достижения прошлого становятся препятствием для дальнейшего развития. Наблюдение за гистологическими изменениями в больных органах, ставшее возможным благодаря микроскопу и усовершенствованной технике окрашивания тканей, определило направление этиологической мысли. Отыскание причины заболевания долгое время было ограничено поиском отдельных морфологических изменений ткани. Мысль, что отдельные анатомические изменения сами по себе могут быть результатом более общих нарушений, возникающих вследствие чрезмерного напряжения или, к примеру, эмоциональных факторов, возникла значительно позднее. Менее партикуляристическая теория — гуморальная — была дискредитирована, когда Вирхов с успехом сокрушил последнего ее представителя, Роки-танского, и гуморальная теория осталась в тени вплоть до своего возрождения в форме современной эндокринологии.

(

Мало кто сумел понять суть этой фазы развития медицины лучше, чем Стефан Цвейг, дилетант в медицине. В своей книге «Лечение духом»¹ он писал:

«Болезнь теперь стала означать не то, что происходит с человеком в целом, а то, что случается с его органами... Таким образом, естественная и изначальная миссия врача, подход к болезни как к целому, заменяется не в пример более скромной задачей локализации и идентификации заболевания и сопоставления его с определенной группой диагнозов... Эта неизбежная объективизация и формализация терапии в XIX столетии дошла до крайности — между врачом и пациентом встал некто третий — прибор, механизм. Для постановки диагноза все реже и реже нужен был проницательный и способный к синтезу глаз прирожденного врача...»

Не меньше впечатляют размышления гуманитария Алана Грегга². Он рассматривает прошлое и будущее медицины в широкой перспективе:

«Дело в том, что все органы и системы в человеке анализируются по отдельности; значение этого метода огромно, но никто не обязан использовать лишь этот метод. Что же объединяет наши органы и функции и удерживает их в гармонии? И что может сказать медицина о поверхностном разделении «мозга» и «тела»? Вследствие чего личность становится цельной? Необходимость нового знания здесь мучительно очевидна.

S t e f a и Z w e i g: Die Heilung durch den Geist (Лечение духом).

Leipzig, Insel-Verlag, 1931.

Al an G regg: «The future of medicine», Harvard Medical Alumni Bulletin, Cambridge, October 1936.

Но еще больше чем просто необходимость это — предзнаменование грядущих изменений. Необходимо взаимодействие с другими науками — психологией, культурной антропологией, социологией и философией, а также химией, физикой и терапией внутренних болезней, для того чтобы попытаться решить проблему дихотомии мозга и тела, оставленную нам Декартом».

Современная клиническая медицина разделилась на две гетерогенные части: одна считается более продвинутой и научной и включает все расстройства, объясняющиеся с точки зрения физиологии и общей патологии (например, сердечная недостаточность, диабет, инфекционные заболевания и т. д.), другая же считается менее научной и включает большое количество недомоганий неясного генеза, имеющих зачастую психогенное происхождение. Особенностью этой двойственной ситуации — типичного проявления инерции человеческого мышления — является стремление загнать как можно больше заболеваний в инфекционную этиологическую схему, в которой патогенный фактор и патологический эффект взаимосвязаны достаточно простым образом. Когда инфекционное или какое-либо другое органическое объяснение неприменимо, современный клиницист весьма склонен утешать себя надеждой, что когда-нибудь в будущем, когда особенности органических процессов будут лучше изучены, фактор психики, который пока что приходится признавать, будет совершенно устранен. Тем не менее постепенно все больше клиницистов начинают признавать, что даже в случае заболеваний, хорошо объяснимых с точки зрения физиологии, таких, как диабет или гипертоническая болезнь, известны только последние звенья причинной

цепочки, тогда как исходные этиологические факторы до сих пор остаются неясными. При подобных условиях накапливающиеся наблюдения говорят о воздействии «центральных» факторов, причем слово «центральные» — по-видимому, лишь эвфемизм для слова «психогенные».

Такое положение вещей легко объясняет странное расхождение между официально-теоретической и реально-практической установками врача. В своих научных трудах и выступлениях перед коллегами он будет подчеркивать необходимость узнавать как можно больше о физиологических и патологических процессах, лежащих в основе заболевания, и не станет всерьез рассматривать психогенную этиологию; тем не менее в частной практике он не колеблясь посоветует больному, страдающему от гипертонии, расслабиться, попробовать относиться к жизни не так серьезно и не работать слишком много; он постарается убедить больного в том, что настоящая причина повышенного кровяного давления заключается в его сверхактивном амбициозном отношении к жизни. «Раздвоение личности» современного клинициста проявляется отчетливее, чем любое другое слабое место сегодняшней медицины. В рамках медицинского сообщества практикующий врач волен позволить себе «научную» установку, представляющую собой по сути догматическую антипсихологическую позицию. Поскольку он не знает точно, как

работает этот психический фактор, поскольку это противоречит всему, что он изучал в курсе медицины, и поскольку признание психического фактора подрывает физико-химическую теорию жизни, практикующий врач старается по мере возможности игнорировать психи

ческий фактор. Однако, как врач, он не может игнорировать его полностью. Когда он сталкивается с больными, врачебная совесть заставляет его уделять основное внимание этому ненавистному фактору, важность которого он инстинктивно чувствует. Ему приходится с ним считаться, при этом он оправдывает себя фразой, что медицина — не только наука, а еще и искусство. Он не осознает, что то, что он считает медицинским искусством, — не что иное, как более глубокое, интуитивное — то есть невербализованное — знание, полученное им за долгие годы своей клинической практики. Значение психиатрии, и в частности психоаналитического метода, для развития медицины состоит в том, что она дает эффективный метод изучения психологических факторов заболевания.

ГЛАВА 2

РОЛЬ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНЫ

Психиатрии, наиболее заброшенной и наименее развитой области медицины, было уготовано ввести в медицину новый синтетический подход. В течение большей части лабораторного периода медицины психиатрия оставалась достаточно изолированной областью, мало контактирующей с другими медицинскими специальностями. Психиатрия занималась душевнобольными — сферой, в которой обычные общепринятые методы терапии были наименее эффективны. Симптоматология психических заболеваний неприятным образом отличалась от соматических расстройств. Психиатрия имела дело с бредом, галлюцинациями и расстройствами эмоциональной сферы — симптомами, которые не могли быть описаны в рамках обычной медицинской терминологии. Воспаление может быть описано с помощью таких физических понятий, как опухание, повышенная температура и определенные микроизменения на клеточном уровне. Туберкулез диагностируют, выявляя в пораженных тканях наличие специфических изменений и определенных микроорганизмов. Патология же психических функций описывается с помощью психологической терминологии, и, следовательно, понимание этиологии, основанное на современных медицинских понятиях, было с трудом применимо к психическим расстройствам. Эта отличительная черта отделила психиатрию от остальной медицины. В своем стремлении преодолеть эту пропасть некоторые психиатры пытаются объяснять психическую симптоматику с помощью безосновательных предположений о наличии гипотетических соматических расстройств; подобная тенденция в какой-то степени существует и сегодня.

Пожалуй, наиболее научным выходом из этого тупика явилась попытка создания более точного и систематического описания психических заболеваний. Если психиатру не удавалось объяснить симптомы душевного заболевания с помощью других медицинских дисциплин, он по крайней мере пытался дать подробное и систематическое описание своих наблюдений. Подобная тенденция была характерна для периода описательной психиатрии. Именно тогда появились такие имена, как Кальбаум, Вернике, Бабинский и, наконец, Крепелин, давший современной психиатрии первую надежную и

обширную систему описания психических заболеваний.

В то же время ведущие светила медицины XIX столетия упрямо пытались применить к психиатрии принципы локализационизма, изложенные Моргани и Вир-ховым. То, что мозг является средоточием психических функций, было известно, по крайней мере в обобщенном виде, еще в Древней Греции. С ростом знаний о физиологии и анатомии мозга стало возможным локализовать различные перцептивные и моторные системы в различных корковых и подкорковых зонах мозга. Это вкупе с развитием гистологических методик поро- " дило надежду на то, что понимание психических функций и заболеваний может дать знание комплексной клеточной структуры мозга (citoархитектоники мозга). Показательны исследования Кахаля, Гольджи, Ниссля, Альцгеймера, Апати, фон Леноссека и многих других, давших чрезвычайно подробную и уточненную информацию относительно гистологической структуры мозга. Эти исследования были по преимуществу описательными, для них была характерна функциональная значимость анатомических структур, особенно высших отделов мозга, остававшихся практически неизученными. Ни в одной другой медицинской дисциплине не было настолько сильного разделения между морфологическим и функциональным знанием, как в области исследования мозга. Где, в каком месте мозга расположены мыслительные процессы и эмоции и как память, воля и мышление связаны со структурой мозга — все это было практически совершенно не изучено и даже сейчас об этом известно лишь немногим больше.

По этим причинам многие выдающиеся психиатры того времени были в первую очередь нейроанатомами и лишь во вторую — 1<линицистами. Их научная и медицинская деятельность характеризовалась ощущением

бессилия от того, что они не могут вписать свои клинические наблюдения в известную им картину анатомии и физиологии мозга. Некоторые из них пытались преодолеть этот барьер, выдвигая теории о психологическом значении структуры мозга; такие теории немецкий физиолог Макс Ферворн называл «мозговой мифологией». Разделение между морфологическими и физиологическими знаниями о мозге удачно иллюстрирует замечание физиолога, который, прослушав гистологический доклад Карла Шаффера, известного психиатра и нейроанатома, сказал: «Эти нейроанатомы напоминают мне почтальона, которому известны имена и адреса людей, но он при этом понятия не имеет, чем они занимаются».

На рубеже веков положение дел в психиатрии характеризовалось расхождением между анатомическим и функциональным знанием. С одной стороны, были хорошо развиты нейроанатомия и патология, с другой стороны, существовал надежный метод описания психических заболеваний, но эти направления были изолированы друг от друга. Иная ситуация существовала в том, что касалось чисто «органического» понимания нервной системы. В близком к психиатрии направлении — неврологии — анатомическое знание было успешно объединено с функциональным. Была тщательно изучена локализация центров координации произвольных и непроизвольных движений. Расстройство таких сложно организованных действий, как речь, хватание и ходьба, часто коррелировали как с нарушением участков нервной системы, отвечающих за иннервацию соответствующих

областей, так и с нарушением периферических нервных связей между центральными отделами нервной системы и пораженными органами движения. В этом

смысле неврология применила принципы Моргани и Вирхова, став уважаемой и точной медицинской дисциплиной, тогда как психиатрия осталась областью темной и неясной.

В то же время попытки связать мозг с психикой, а психиатрию — с физиологией и анатомией мозга оставались утопией и до настоящего времени продолжают оставаться утопичной идеей.

Принцип Вирхова в отношении психических заболеваний не был столь эффективен, как в других областях медицины. Подавляющее большинство личностных расстройств — шизофренические и маниакально-депрессивные психозы, — описанные Кальбаумом, Крепелином, Блейлером и другими крупными клиницистами, невозможно было определить с помощью микроскопа. Тщательные гистологические исследования мозга при вскрытии больных-психотиков не обнаружили каких-либо существенных изменений на микроскопическом уровне. Таким образом, врачи были поставлены в тупик. Почему мозг больного, чье внешнее поведение и эмоциональные реакции заметно отличаются от нормы, не обнаруживает каких-либо устойчивых гистологических отклонений даже при самом доскональном исследовании? Аналогичный вопрос возник в отношении множества других психиатрических состояний, таких, как психоневрозы и нарушения поведения. Первый луч надежды на объединение знаний о структуре мозга и психических расстройствах забрезжил, когда было обнаружено, что прогрессивный паралич, подозревавшийся в том, что он является следствием сифилиса, ведет к поражению тканей центральной нервной системы. Когда Ногучи и Мооре окончательно доказали сифилитическое происхождение прогрессивного паралича, появилась надежда на то, что психиатрия в конце концов займет достойное место в ряду прочих медицинских дисциплин. И хотя уже много лет было известно о существовании структурных изменений тканей мозга при сенильной деменции и при болезни Альцгеймера, лишь обнаружение бледной трепанемы в мозге больного прогрессивным параличом открыло дорогу для этиологически ориентированной терапии.

В этиологии существует общепринятая классическая модель: синдром заболевания возникает вследствие нарушения функционирования какого-либо органа, что в свою очередь является результатом повреждения клеточных структур, которое может быть выявлено на микроскопическом уровне. Повреждению приписывают различные причины, из которых наиболее важные: инфекция, то есть внедрение в орган микроорганизмов, как это происходит при туберкулезе; воздействие химических веществ, как при отравлении, и эффект от механического повреждения, как при переломах или ушибах. Кроме того, старение — деградация любого организма с возрастом — также считается важным причинным фактором заболевания.

В начале века подобные этиологические воззрения преобладали также и в психиатрии. Сотрясения мозга и кровотечения вследствие давления являлись примерами механической причинности нарушения психической функции; алкоголизм и другие виды токсикоманий

служили примерами химической этиологии; а сениль-ная деменция — специфическое состояние, выражающееся в прогрессирующей дегенерации тканей мозга, — результатом старения. И наконец, когда в 1913 году Но-гучи объявил о своем открытии, сифилитические изменения нервной системы, особенно прогрессивный паралич, характеризовавшийся глубокими изменениями личности, могли работать двойниками бактериальной инвазии других органов, как, например, при туберкулезе легких.

Сегодня психиатр может идти с высоко поднятой головой; у него наконец появилась возможность предложить пациенту лабораторные методы диагностики и лечения. До появления эрлиховской химиотерапии постсифилитических заболеваний роль психиатра состояла в простой опеке над больным и, самое большое, тщательном наблюдении за ним. Терапия, ранее существовавшая в этой области, являлась либо магической — на-подобие изгнания нечистой силы в донаучную эпоху, либо совершенно неэффективной, как электро-или гидротерапия, столь популярные в конце прошлого столетия и в начале нынешнего. Открытие Эрлихом сальварсана исключительно способствовало поднятию престижа психиатрии. В качестве реальной причинной терапии она стала удовлетворять всем требованиям современной медицинской философии. Она была направлена на устранение установленной специфической причины заболевания, на патогенный микроорганизм. В ней стало использоваться сильнодействующее химическое вещество, предназначенное для того, чтобы оставить организм неповрежденным и уничтожить при этом патогенный фактор. Под влиянием этого открытия надежды возросли, так что вскоре вся область психиатрии начала использовать методы других медицинских направлений исследования и терапии. (Результаты химиотерапии прогрессирующего паралича оказались менее удовлетворительными, чем это ожидалось вначале. Место химиотерапии впоследствии заняла более эффективная пирогенная терапии, а затем — пенициллин.)

Другие важные открытия также открывали радужные перспективы. Еще один классический пример причинного органического лечения при психиатрическом состоянии — это объяснение симптомов умственной отсталости при микседеме угнетением функции щитовидной железы и успешное лечение болезни с помощью пересадки щитовидной железы, осуществленной Хорсли (впоследствии операция была заменена приемом внутрь экстракта щитовидной железы).

При гипертиреозе на психическую симптоматику также оказывают влияние химические и хирургические методы. Пример этих двух заболеваний наглядно показывает, что эндокринные железы определенным образом влияют на психические процессы. Поэтому не такой уж неразумной была надежда на то, что с прогрессом биохимии, особенно с развитием глубоких знаний о сложном взаимодействии эндокринных желез, физиологические причины психозов и психоневрозов будут поняты и это даст возможность более эффективной терапии.

За исключением значительной группы шизофренических расстройств, при которых глубокий распад личности происходит без каких-либо заметных органических изменений, и еще большей группы

психоневрозов психиатрия во втором десятилетии века смогла стать полноправной областью медицины, основывающейся, как и другие основные области медицины, на патологической анатомии и физиологии и использующей традиционные методы лечения. Мы увидим, однако, что развитие психиатрии пошло другим путем. Психиатрия не стала принимать исключительно органическую точку зрения. Напротив, остальные области медицины начали усваивать подходы, изначально зародившиеся в рамках психиатрии. Это так называемая психосоматическая точка зрения, и она провозгласила новую эру в медицине: эру психосоматики. Интересно попробовать разобраться в том, как это произошло, чтобы лучше понимать сегодняшние тенденции развития медицины.

ГЛАВА 3

ВЛИЯНИЕ ПСИХОАНАЛИЗА НА РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ

Несмотря на такие отдельные успехи, как объяснение и лечение прогрессивного паралича и микседемы средствами традиционной медицины, большинство психиатрических состояний, шизофренические психозы и психоневрозы упорно сопротивлялись любым усилиям по втискиванию их в общепринятые рамки. Многие личностные расстройства, равно как и умеренные эмоциональные нарушения, стали рассматриваться как «функциональные» заболевания, в противоположность прогрессивному параличу и сенильной деменции, которые были названы «органическими» по причине наличия доказуемых структурных изменений мозговой ткани. Однако подобное терминологическое различие никак не смогло повлиять на затрудняющее ситуацию обстоятельство, а именно, что дезинтеграция психических функций при шизофрении являлась устойчивой к любому виду терапии, и к фармакологическим, и к хирургическим методам, и в то же время не поддавалась никаким объяснениям в русле традиционных установок. Хотя быстрый прогресс в применении лабораторных методов в остальной медицине был настолько много обещающим, что психиатров не покидала надежда на окончательное понимание всех психиатрических расстройств с точки зрения анатомии, физиологии и биохимии.

Во всех центрах медицинских исследований интенсивные попытки разрешить проблему шизофрении и других функциональных расстройств мозга с точки зрения гистопатологии, бактериологии и биохимии продолжались до 90-х годов прошлого века, когда Зигмунд Фрейд ввел совершенно новый метод исследования и терапии. Принято считать, что истоками психоанализа являются французская школа и исследования Шарко, Бернгейма и Льебо в области гипноза. В своих автобиографических сочинениях Фрейд прослеживает зарождение своих идей под влиянием экспериментов Шарко в Сальпетриере и позднее — опытов Бернгейма и Льебо в Нанси. С биографической точки зрения эта картина является безупречной. Однако с точки зрения истории научной мысли начало психодинамическому подходу к психическим заболеваниям положил сам Фрейд.

Так же, как Галилей первым применил метод научного рассуждения к феномену движения Земли, Фрейд первым применил его в исследовании человеческой личности. Анализ личности или мотивационная психология как наука начинается с Фрейда. Он первым последовательно применил постулат о строгом детерминизме

психологических процессов и установил основной динамический принцип психологической причинности. После того, как он обнаружил, что человеческое поведение в значительной мере определяется неосознанными мотивациями, и разработал метод перевода неосознанных мотиваций на сознательный уровень, он первым смог продемонстрировать генез психопатоло-

гических процессов. С помощью этого нового подхода аномальные феномены психотических и невротических симптомов, а также, по-видимому, бессмысленные сновидения могут быть поняты как осмысленные продукты психической деятельности. С течением времени его исходные взгляды частично претерпели некоторые изменения, но основные идеи в большинстве своем были подтверждены дальнейшими наблюдениями. Наиболее долговечными среди научного наследия Фрейда оказались метод наблюдения за поведением человека и способ рассуждения, применявшийся им в целях психологического понимания результатов наблюдения.

С исторической перспективы развитие психоанализа можно считать одним из первых признаков противостояния одностороннему аналитическому развитию медицины во второй половине XIX века, узкоспецифическому углубленному изучению частностей и пренебрежению тем основным биологическим фактом, что организм — единое целое, и функционирование его частей может быть понято только с точки зрения системы в целом. Благодаря лабораторному подходу к живому организму было обнаружено огромное количество более или менее связанных между собой частей организма, что неизбежно привело к утрате перспективы. Понимание организма как сложного механизма, в котором каждый элемент взаимодействует с другим для неких определенных целей, либо игнорировалось, либо объявлялось чересчур телеологическим. Адептами данного подхода утверждалось, что организм развивается в силу определенных естественных причин, но не для какой-то цели. Машина, сделанная руками человека, разумеется, может быть понята на телеологической основе; человеческий разум создал ее для какой-то определенной цели. Но человек не был создан высшим разумом — это лишь мифологический концепт, которого современной биологии удалось избежать, аргументируя это тем, что тело животного следует понимать не телеологически, а на причинной и механистической основе.

Однако, как только медицина волею-неволею занялась проблемами душевной болезни, от подобной догматической установки пришлось отказаться — по крайней мере в данной области. При исследовании личности настолько очевиден тот факт, что организм является в высшей степени взаимосвязанным единым целым, что на него невозможно не обратить внимания. Уильям Уайт выразил это весьма доступным языком".

Ответом на вопрос: «Какова функция желудка?» — является пищеварение, хотя оно представляет собой лишь малую часть активности всего организма и только косвенно, что, конечно, немаловажно, соотносится с другими его функциями. Но если мы беремся ответить на вопрос: «Что человек делает?», — мы отвечаем с точки зрения всего организма, говоря, к примеру, что он идет по улице, или делает гимнастику, или идет в театр, или изучает медицину и т. д... Если разум — это выражение общей реакции в отличие от частной

реакции, тогда каждому живому организму должны быть свойственны ментальные, то есть общие, типы реакции... То, что мы представляем себе в качестве разума во всей его безграничной сложности, — это высший тип реакции на живой организм, исторически имеющий тот же возраст, что и наиболее привычные нам телесные типы реакций...

'W i l l a m W h i t e: The Meaning of Disease. Baltimore, Williams & Wilkins, 1926.

Таким образом, мы можем утверждать, что личность выражает собой единство организма. Так же, как машина может быть понята только с точки зрения своей функции и цели, полное понимание синтетической единицы, которую мы называем телом, возможно лишь с позиций личности, нужды которой удовлетворяются в конечном счете всеми частями тела в их четком взаимодействии.

Психиатрия, как наука о патологической личности, открыла дорогу для введения в медицину синтетической точки зрения. Но психиатрия смогла выполнить эту функцию только после того, как за основу было принято изучение личности, и это было заслугой Зигмунда Фрейда. Психоанализ заключается в точном и подробном изучении развития и функций личности. Несмотря на то, что в термине «психоанализ» содержится слово «анализ», его историческое значение заключается не в аналитическом, а в синтетическом подходе.

ГЛАВА 4

ВЛИЯНИЕ ГЕШТАЛЬТ-ПСИХОЛОГИИ, НЕВРОЛОГИИ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ

При этом, разумеется, психоанализ представлял собой не только научное направление, ведущее в сторону синтеза. Подобную тенденцию можно было наблюдать на рубеже веков во всех областях науки. В XIX веке развитие научных методов сводилось к сбору данных; обнаружение новых фактов стало главной целью. Но к интерпретации и корреляции этих фактов в виде синтетических концепций относились скептически, воспринимая их как иррациональную спекуляцию либо как подмену науки философией. В 90-х годах XIX-века уси лилась тенденция к синтезу, по-видимому, в качестве реакции на чрезмерную психоаналитическую ориентацию.

Новая тенденция, направленная на синтез, распространилась только в немедицинских областях психологии. Там тоже господствовал традиционный для XIX века аналитический подход. После того как Фехнер и Вебер ввели в психологию экспериментальный метод, || стали возникать психологические лаборатории, где человеческую психику разбирали по косточкам. Стала развиваться психология зрения, слуха, тактильного чувства, памяти, воли. Но психолог-экспериментатор никогда даже и не пытался понять взаимосвязь всех этих различных психических способностей и их совокупность в человеческой личности. Гештальт-психологию Келера, Вертгеймера и Коффки можно рассматривать именно как противодействие этой партикуляристской аналитической ориентации. Вероятно, наиболее важным достижением гештальт-психологов явилась ясная форму- лировка тезиса о том, что целое неэквивалентно сумме всех его частей и что система в целом не может быть понята путем изучения отдельных ее элементов; то есть, по сути, верно противоположное утверждение — части могут быть полностью поняты, только когда ясен смысл целого.

Медицина развивалась похожим образом. Успехи в области

неврологии подготовили почву для более широкого понимания взаимосвязи между различными частями тела. Стало очевидно, что все части тела связаны, прямо или косвенно, с главным центром и действуют под контролем этого центрального органа. Мышцы, а также внутренние органы, последние посредством вегетативной нервной системы, сообщаются с высшими

центрами нервной системы. Единство организма наглядно выражается в функционировании центральной нервной системы, регулирующей как внутренние вегетативные процессы в организме, так и внешние, относящиеся к взаимодействию с окружающим миром. Центральное управление представлено высшими центрами нервной системы, психологические аспекты которой (у человека) мы называем личностью. По сути, в настоящее время очевидно, что физиологические исследования высших центров центральной нервной системы и психологическое исследование личности имеют отношение к разным аспектам одного и того же предмета. Если физиология подходит к функциям центральной нервной системы с точки зрения пространства и времени, то психология занимается ими с точки зрения разных субъективных феноменов, являющихся *субъективным отражением физиологических процессов*.

Другим стимулом развития синтетического направления явилось открытие эндокринных желез, следующий шаг на пути понимания крайне сложных взаимосвязей различных вегетативных функций организма. Эндокринную систему можно рассматривать как регуляторную, так же как и нервную систему. Если регуляторное влияние центральной нервной системы выражается в проведении контрольных нервных импульсов по периферическим нервным путям к различным частям тела, то химическая регуляция, осуществляемая эндокринными железами, происходит путем переноса определенных химических веществ с током крови.

В настоящее время известно, что скорость метаболизма главным образом регулируется деятельностью щитовидной железы, что углеводный обмен регулируется взаимобратным влиянием секреции поджелудочной

железы, с одной стороны, и гормонами надпочечника и передней доли гипофиза — с другой, и что основной железой, регулирующей секрецию периферических эндокринных желез, является передняя доля гипофиза. ;

В последнее время появляется все больше свидетельств тому, что большинство функций эндокринных желез подчиняется функциям высших мозговых центров, то есть, другими словами, психической жизни.

Эти психологические открытия дали нам возможность понять, каким образом психика управляет телом и как периферические телесные функции в свою очередь воздействуют на центральные функции нервной системы. Тот факт, что психика управляет телом, является наиболее существенным из того, что мы знаем о жизненных процессах, несмотря на то, что медицина и психология пренебрегают этим фактом. Мы наблюдаем это постоянно, в течение всей нашей жизни, с утра до вечера. Наша жизнь в целом состоит в выполнении произвольных движений, направленных на реализацию мыслей и желаний и на удовлетворение субъективных ощущений, таких, как

жажда или голод. Тело, наш хитроумный механизм, выполняет множество сложных и точных моторных действий под воздействием таких психологических феноменов, как мысли и желания. Речь — наиболее специфичная для человека из всех соматических функций — всего лишь выражает мысли с помощью тонкого музыкального инструмента, голосового аппарата. Мы выражаем все эмоции с помощью физиологических процессов; печали соответствует плач; веселью — смех; а стыду — румянец на щеках. Все эмоции сопровождаются физиологическими изменениями:

страх — учащенным сердцебиением; злость — более интенсивной работой сердца, повышенным кровяным

34

давлением и изменениями углеводного обмена; отчаяние — глубокими вдохами и выдохами. Все эти физиологические феномены появляются в результате сложных мышечных взаимодействий под влиянием нервных импульсов, идущих к мимическим мышцам лица и к диафрагме в случае смеха; к слезным железам — в случае плача, к сердцу — в случае страха и к надпочечникам и сердечно-сосудистой системе — в случае гнева. Нервные импульсы возникают в определенных эмоциональных ситуациях, которые в свою очередь происходят при взаимодействии с другими людьми. Соответственно психологические ситуации могут быть поняты только с точки зрения психологии как общая реакция организма на окружающий мир.

ГЛАВА 5

КОНВЕРСИОННАЯ ИСТЕРИЯ, ВЕГЕТАТИВНЫЙ НЕВРОЗ И ПСИХОГЕННЫЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Приложение вышеизложенных соображений к некоторым патологическим соматическим процессам привело к возникновению новой тенденции в медицине, а именно к «психосоматической медицине».

Психосоматический взгляд на медицину подразумевал новый подход к исследованию причин болезни. Как уже было отмечено, тот факт, что сильные эмоции воздействуют на соматические функции, относится к сфере нашего повседневного опыта. Каждой эмоциональной ситуации соответствует специфический синдром соматических изменений, психосоматических реакций, таких, как смех, плач, румянец, изменение пульса, вдох и т. д. Однако, хотя эти психомоторные процессы относятся к повседневным переживаниям и не оказывают вредного воздействия, медицина до недавнего времени мало внимания уделяла их подробному изучению¹. Эти соматические изменения под воздействием сильных переживаний имеют преходящий характер. Когда эмоция прекращается, тормозится также и соответствующий физиологический процесс (плач или смех, сердцебиение или повышенное давление), и тело возвращается в состояние равновесия.

Изучение невротиков с позиций психоанализа выявило, что под воздействием длительных эмоциональных расстройств могут развиваться хронические соматические расстройства. Подобные соматические изменения под влиянием эмоций впервые наблюдались у истериков. Фрейд ввел понятие «конверсионная истерия», когда соматические симптомы развиваются в качестве реакции на хронические эмоциональные конфликты. Такие изменения были

отмечены в мышцах, контролируемых силой воли, и в органах чувств. Одно из важнейших открытий Фрейда заключалось в том, что, когда эмоция не может быть выражена и снята через нормальные каналы с помощью произвольной активности, она может стать источником хронических психических и соматических нарушений. Всякий раз, когда эмоции подавляются вследствие психических конфликтов, то есть исключаются из поля сознания и таким образом лишаются адекватной разрядки, они становятся источником хронического напряжения, являющегося причиной истерической симптоматики.

С физиологической точки зрения истерический конверсионный симптом по своему характеру близок к обычным. Одним из немногих исключений является Дарвин (59).

норму произвольному возбуждению, экспрессивному движению или сенсорному ощущению. При истерии, однако, мотивирующий психологический импульс является неосознанным. Когда мы кого-то ударяем или куда-то идем, наши руки и ноги приходят в движение под влиянием сознательных мотиваций и целей. Так называемые экспрессивные движения: смех*, плач, мимика, жестикуляция — основаны на простых физиологических процессах. Впрочем, в последнем случае возбуждение возникает не под влиянием сознательной цели, а вследствие эмоционального напряжения, высвобождающегося сложным физиологическим способом. В случае же конверсионного симптома, такого, как истерический паралич или контрактура, «скачок от психики до соматики» ничем не отличается от скачка, который происходит при любом общем моторном возбуждении, таком, как произвольные движения, смех или плач. Помимо того, что мотивационная психологическая составляющая является неосознанной, единственное различие заключается в том, что истерические конверсионные симптомы представляют собой в высшей степени индивидуальные, порой уникальные творения пациента, изобретаемые им для выражения своего частично подавляемого психологического содержания. Экспрессивные движения, такие, как смех, напротив, стандартны и универсальны (Дарвин — 59).

Имеется также совершенно иная группа психогенных соматических расстройств, затрагивающих внутренние органы. Представители раннего психоанализа неоднократно пытались распространить понятие истерической конверсии на все формы психогенных соматических расстройств, включая также расстройства, относящиеся к внутренним органам. Согласно этой точке

зрения повышенное кровяное давление или желудочное кровотечение имеют символическое значение подобно конверсионным симптомам. Внимание не уделялось тому факту, что вегетативные органы регулируются вегетативной нервной системой, которая непосредственно не связана с мыслительными процессами. Символическое выражение психологического содержания существует только в сфере произвольных иннерваций (речь) или экспрессивных движений (мимика лица, жестикуляция, смех, плач и т. д.). Возможно, румянец также можно включить в эту группу. Маловероятно, однако, что внутренние органы, к примеру печень, могут осуществлять символическое выражение идей. Но это не значит, что на них не может влиять эмоциональное напряжение, распространяющееся через кортико-таламические и вегетативные проводящие пути. Давно

установлено, что эмоциональное воздействие может стимулировать или подавлять функционирование любого органа. После того как эмоциональное напряжение спадает, соматические функции возвращаются в нормальное состояние. Тогда же, когда эмоциональное стимулирование или подавление вегетативной функции становится хроническим и избыточным, мы объясняем это «органическим неврозом». Этот термин включает в себя так называемые функциональные расстройства внутренних органов, причиной которых отчасти являются нервные импульсы, возникающие в результате эмоциональных процессов, идущих где-то в корковой и подкорковой областях мозга.

Понятие функционального расстройства возникло не в психиатрии, а в области внутренних болезней. Сначала невротические (или функциональные) расстройства желудка, кишечника и сердечно-сосудистой систе

мы стали известны под названием желудочного, кишечного и кардионевроза. Термин «функциональное расстройство» относится к тем случаям, когда даже самое тщательное исследование тканей не обнаруживает каких-либо заметных морфологических изменений. Анатомическая структура органа остается без изменений;

нарушается только согласованность и интенсивность его функций. Подобные расстройства в достаточной степени обратимы и считаются менее серьезными, чем болезни, при которых в тканях возникает определенная морфологическая перестройка, часто свидетельствующая о наличии необратимого поражения.

Теперь мы можем определить различие между конверсионным симптомом и вегетативным неврозом. Конверсионный симптом — это *символическое* выражение эмоционально заряженного психологического содержания: попытка разрядить эмоциональное напряжение. Он возникает в нервно-мышечной или сенсорно-перцептивной системах, чьей изначальной функцией является снятие эмоционального напряжения. Вегетативный невроз — это не только попытка выразить эмоцию, но еще и физиологическая реакция внутренних органов на постоянные или периодически возникающие эмоциональные состояния. К примеру, повышенное кровяное давление под влиянием гнева не только не ослабляет гнев, но является собственно физиологической составляющей феномена гнева вообще. Как будет показано далее, таким образом проявляется адаптация тела к состоянию организма в критической ситуации. Точно так же рост уровня желудочной секреции под воздействием эмоционального желания пищи не является снятием эмоционального напряжения; это адап-тавная подготовка желудка к приему пищи. >

^дпгч-ю^пги-»-; ^лид^юи между ИСГСрИЧССКИМ
КОНверсионным симптомом и вегетативной реакцией на эмоцию состоит в том, что в обоих случаях имеет место реакция на психологический стимул. Однако они кардинальным образом различаются по своим психодинамическим и физиологическим характеристикам.

С признанием того, что эмоциональные факторы обладают причинной значимостью в отношении функциональных расстройств, психотерапия получила право на легальный вход в большую медицину и могла не ограничиваться более областью психиатрии. Хронические

эмоциональные конфликты пациента — основная причина расстройств — могли быть разрешены путем психотерапии. Хотя эти эмоциональные конфликты возникали во взаимоотношениях пациента с другими людьми, тем не менее объектом терапии стала личность пациента. С учетом этой новой расстановки акцентов, эмоциональное воздействие врача на больного — медицинское искусство — нашло свое место в научной медицине. Теперь этот последний штрих терапевтического мастерства больше не мог считаться придатком терапии. В частности, в случае органического невроза эмоциональное влияние врача на пациента стало основным терапевтическим фактором.

Тем не менее на данной стадии развития психотерапии ее роль ограничивалась функциональными расстройствами, считавшимися более слабыми по сравнению с истинными органическими расстройствами, основанными на заметных изменениях тканей. В случаях подобных органических нарушений эмоциональное состояние больного также долгое время признавалось важным вопросом; несмотря на то, что наличие реальной причинной связи между психическими факторами и ис40

тинными органическими расстройствами вообще не допускалось.

Однако постепенно становилось все более очевидным, что в природе не существует строгого разграничения на «функциональные» и «органические» расстройства. Клиницисты заподозрили, что длительные функциональные расстройства могут постепенно приводить к серьезным органическим нарушениям, связанным с морфологическими изменениями. Подобные примеры были известны уже давно — например, что сердечная гиперактивность может вести к гипертрофии сердечной мышцы или что истерический паралич конечности может приводить к определенным дегенеративным изменениям в мышцах и суставах вследствие их бездеятельности. Поэтому, вероятно, следует учитывать возможность того, что длительное функциональное расстройство какого-либо органа может в конечном счете привести к определенным анатомическим изменениям, создавая тем самым клиническую картину серьезного органического заболевания. Интенсивное психологическое и физиологическое изучение случаев пептической язвы дало убедительные данные в пользу того, что длительные эмоциональные конфликты могут приводить на первом этапе к желудочному неврозу, который со временем может перерасти в язву. Показано также, что вследствие эмоциональных конфликтов могут возникать продолжительные колебания кровяного давления, перенапрягающие сосудистую систему. Функциональная фаза неустойчивого кровяного давления может со временем стать причиной сосудистых органических изменений, что в конце концов может привести к возникновению необратимой злокачественной формы гипертонической болезни.

В качестве итога наблюдений сформировалось понятие «психогенное органическое расстройство». Эти расстройства развиваются в два этапа: первый — функциональное расстройство внутреннего органа, причиняемое хроническим эмоциональным расстройством; и второй — хроническое функциональное расстройство, постепенно ведущее к изменениям ткани и к необратимому заболеванию органического характера.

ГЛАВА 6

РАЗВИТИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ МЫСЛИ]Я

Раньше любое нарушение функции считалось *результатом* нарушения структуры. Теперь установлена иная причинная последовательность: нарушение функции как *причина* деформации структуры. Хотя подобные этиологические взгляды и не новы, многие клиницисты воспитывались в традициях вирховского принципа и, находясь до сих пор под впечатлением от простых и экспериментально подтвержденных этиологических открытий в области бактериологии, лишены желания принимать их безоговорочно. Когда функциональное расстройство описывается как следствие эмоционального конфликта, традиционный клиницист воспринимает это с некоторой долей сомнения и выражает надежду, что в дальнейшем, в результате более точных гистологических исследований, в конце концов обнаружатся тканевые изменения, характерные для данной болезни. Он является приверженцем классической концепции, утверждающей, что нарушенная функция является результатом, а не причиной измененного морфологического субстрата.

В качестве наглядного примера можно привести фон

Бергмана (30), который еще в 1913 году утверждал, что пептическая язва, по-видимому, является следствием хронического желудочного невроза, вызываемого эмоциональными факторами, а через четырнадцать лет почувствовал необходимость пересмотреть свои взгляды и вернулся к более консервативной установке, воспринимающей диагноз «органический невроз» со значительным рядом оговорок. Он выразил веру в то, что в большинстве подобных случаев дальнейшие исследования обнаружат причины органического характера (31).

В течение долгого времени научное кредо медицины заключалось в том, что будущие гистологические исследования обнаружат анатомическую основу для всех так называемых функциональных расстройств. Сегодня мы ощущаем, что во многих случаях тщательный анализ истории жизни пациента может раскрыть источники ранних функциональных расстройств, прежде чем расстройство функции приведет к гистологически различимым органическим изменениям. Соппротивление этим взглядам основано на догматической убежденности в том, что нарушенная функция всегда является следствием нарушения структуры, а также на игнорировании обратной причинной последовательности.

В настоящее время трудно сказать, какие органические заболевания соответствуют данной этиологической модели. По-видимому, многие из этих заболеваний попадут в огромный раздел медицины под названием «Хронические заболевания неясного генеза». В ситуации различных эндокринных нарушений хронические эмоциональные расстройства являются, по-видимому, важными этиологическими факторами. Это наглядно проявляется при базедовой болезни, возникновение которой часто можно проследить' начиная с

4t

момента эмоциональной травмы. Поскольку эмоции оказывают влияние на углеводный метаболизм, не исключено, что при развитии диабета эмоциональные факторы могут играть важную причинную роль.

Функциональная теория органических расстройств является по

существованию признанием хронических *внутренних* причин болезни, не говоря уже о сильных *внешних* причинных факторах. Другими словами, многие хронические расстройства вызываются прежде всего не внешними, механическими или химическими факторами или микроорганизмами, а скорее продолжительным функциональным стрессом, возникающим в повседневной жизни индивида в процессе его борьбы за существование. Те эмоциональные конфликты, которые считаются в психоанализе основой психоневроза и первичной причиной некоторых функциональных и органических нарушений, возникают в процессе нашего ежедневного существования в результате контакта с окружающим миром. Страх, агрессия, вина, фрустрируемые желания, будучи подавляемыми, приводят к хроническому эмоциональному напряжению, нарушающему функционирование внутренних органов. Из-за сложности нашей социальной жизни многие эмоции не могут быть выражены свободно через произвольную активность, а остаются вытесненными и в конечном счете направляются по неверному пути. Вместо того чтобы выражаться через произвольные иннервации, они воздействуют на вегетативные функции, такие, как пищеварение, дыхание и кровообращение. Подобно тому как государства с неудовлетворенными внешними политическими амбициями часто переживают внутренние социальные потрясения, человеческий организм также переживает расстройство своей внутренней политики — вегетативных функций, если нарушается его контакт с внешним миром.

Вполне очевидно, что так же, как для конкретных патологических микроорганизмов определенные органы обладают специфической привлекательностью, так и конкретные эмоциональные конфликты обладают специфичностью и соответственно склонны воздействовать на определенные внутренние органы. Сдерживаемый гнев, по-видимому, специфическим образом воздействует на сердечно-сосудистую систему (Cannon; Fahrenkamp; Hill; K. Menninger; K. Menninger & W. Menninger; Wolfe; Dunbar; Draper; Saul; Alexander; Dunbar - 43, 81, 118, 152, 154, 256, 71, 67, 202, 7, 73);

стремление к зависимости и поиску поддержки имеет специфическую взаимосвязь с функциями питания (Ru-esch и др.; Kapp и др.; Alexander; Bacon; Levey — 199, 129, 9, 20, 136). Опять-таки конфликт между сексуальными желаниями и стремлением к зависимости имеет специфическое влияние на функции дыхания' (French, Alexander и др. — 89). Для увеличения количества знаний о связи эмоций с соматическими функциями в норме и в патологии необходимо, чтобы современный врач воспринимал эмоциональные конфликты столь же реальными и конкретными, как видимые ныне микроорганизмы. Основной вклад психоанализа в медицину состоит в добавлении к оптическому микроскопу психологического микроскопа — то есть психологических методов, с помощью которых эмоциональная жизнь пациента может быть подвержена детальному изучению. Психосоматический подход к проблемам жизни и бо Вопрос о специфичности психологических факторов будет °бсуждаться подробнее на стр. 69 и далее.

лезни осуществляет синтез внутренних физиологических процессов и социальных взаимосвязей индивида. Этот подход создает научную базу для эмпирических наблюдений; например, больной

чудесным образом выздоравливает тогда, когда устраняется из привычной семейной обстановки или прерывает свою профессиональную деятельность и, таким образом, освобождается от эмоциональных конфликтов, вытекающих из семейных или профессиональных отношений. Детальное понимание взаимосвязи между эмоциональной жизнью и соматическими процессами существенно расширяет возможности врача: лечение тела и забота о психике больного могут быть объединены в единое целое в процессе терапии. В этом и есть настоящий смысл «психосоматической медицины».

ГЛАВА 7

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ СООБРАЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Термин «психосоматика» подвергается интенсивной критике, главным образом из-за того, что он как будто бы подразумевает противопоставление тела и психики. На самом деле именно такого противопоставления психосоматический подход изо всех сил старается избегать. И если под психическими феноменами понимать субъективный аспект определенных физиологических (мозговых) процессов, то это противопоставление исчезает. Кроме того, термины, относящиеся к сложным материям, как правило, неоднозначны. Приведем лишь один пример: в термине «психоанализ», теперь уже прочно укрепившемся, с лингвистической точки зре

ния буква «о» избыточна, и — что гораздо важнее, — основываясь на этом термине, можно заключить, что психоаналитическая терапия имеет аналитические цели тогда как ее цели скорее являются синтетическими и направлены на увеличение интегративных способностей эго. Если дискуссия происходит в рамках какой-либо сложной научной парадигмы, то, прежде чем вести спор о значении выражений, таких, к примеру, как «динамическая медицина» или «холистический подход», необходимо их определить. Идеями, ассоциирующимися сегодня с термином «психосоматика», насквозь пропитаны медицинская мысль и литература. Использование терминов совершенно необходимо, но необходимо также и определять их ясно и недвусмысленно. Если мы заранее договариваемся о точном значении терминов, то нам проще затем понимать используемые термины и выражения.

Термин «психосоматика» следует использовать только для иллюстрации *методологического подхода* в исследовании и в терапии, что означает одновременное и согласованное использование соматических — то есть физиологических, анатомических, фармакологических, хирургических и диетических — методов и понятий, с одной стороны, и психологических методов и понятий — с другой. Акцент здесь ставится на выражении «согласованное использование», показывающее, что в концептуальной основе причинных последовательностей применяется два метода. Возьмем конкретный пример. Исследование желудочной секреции может быть ограничено физиологическими методами, с помощью которых изучается локальный процесс. Оно может включать также физиологическое исследование нервных импульсов, регулирующих желудочную секрецию. Пока что это

чисто соматическое исследование. Психосоматическое же

исследование желудочной секреции захватывает не одну часть этого сложного процесса, а процесс в целом, поэтому оно распространяется также на центральную корковую стимуляцию, которая воздействует на желудочную секрецию и не может быть описана или исследована непсихологическими методами. К примеру, ностальгическая тоска или желание получить помощь и любовь тоже стимулируют желудочную активность. Эти явления отображают определенные мозговые процессы, хотя они могут быть полноценно описаны только в рамках психологической парадигмы, поскольку тоска не может быть выявлена с помощью биохимических, электрических и каких-либо других непсихологических методов. Эти мозговые процессы субъективно воспринимаются как эмоции и могут быть выражены с помощью речи. Поэтому их можно изучать в рамках психологии и, что гораздо важнее, их можно изучать адекватно *только* психологическими средствами.

Может возникнуть вопрос, следует ли считать психосоматический подход временным методом, который будет забыт, когда мы сможем с помощью усовершенствованной электроэнцефалографии и других физиологических методов изучать те мозговые процессы, которые сегодня доступны лишь для психологических методов. Пока что на этот вопрос нельзя ответить определенно;

по-видимому, мозговые процессы, относящиеся к межличностным отношениям, могут быть адекватно описаны только в рамках психологии и социологии. Даже усовершенствованные физиологические методы позволяют изучать лишь собственно органические процессы. Биохимическая формула, которая описывает, как протекает ностальгическая тоска где-нибудь в коре головного мозга, никогда не сможет учесть ни те обстоятельства, под влиянием которых эта тоска возникла или стала сильнее, ни показать те изменения межличностных отношений, с помощью которых может быть снижена ее интенсивность и ослаблено таким образом ее вредное влияние на желудочную активность.

Другим спорным вопросом является нозологическое использование понятия «психосоматической болезни» (Halliday — 110, 111, 112, 115). Психосоматическими заболеваниями считаются пептическая язва, ревматоидный артрит, гипертиреоз, гипертоническая болезнь и т. д. Подобный взгляд основан на том предположении, что этиология этих заболеваний имеет главным образом психологическую основу. Однако имеющиеся данные говорят о том, что во всех сферах медицинской науки используются объяснения, содержащие более одной причины (Alexander — 12). Нас уже не устраивает тезис о том, что туберкулез возникает под воздействием палочки Коха; мы пришли к тому, что специфический и неспецифический иммунитет, сопротивляемость организма инфекции, — это сложный феномен, который может опираться частично и на эмоциональные факторы. Соответственно туберкулез является психосоматическим заболеванием. И напротив, простое психогенное объяснение таких заболеваний, как пептическая язва, не может считаться обоснованным ввиду того, что типичное для больных язвой сочетание эмоциональных характеристик наблюдается также у значительного числа больных, не страдающих от язвы. Приходится предполагать присутствие соматических факторов, до сих пор практически не выявленных, так как образование язвы может быть

объяснено лишь сочетанием эмоциональных и соматических факторов. Немаловажно также и то, что соотношение значимости соматических и эмоциональных факторов существенно различается в зависимости от конкретного случая. Мультипричинность и ситуативное варьирование соотношения психологи-

ческих и непсихологических факторов сводит на нет 1 понятие «психосоматического заболевания» в качестве отдельной нозологической единицы. Теоретически любое заболевание является психосоматическим, поскольку эмоциональные факторы через нервные и гуморальные пути оказывают влияние на все телесные процессы.

Этиологическое значение для заболевания могут иметь следующие факторы:

B (болезнь) = f (функция от) $\{a, b, c, d, e, g, h, i, j, \dots n\}$;

a — наследственная предрасположенность;

b — родовые травмы;

c — органические заболевания раннего возраста, вызывающие повышенную чувствительность определенных органов;

d — особенности воспитания в раннем возрасте (особенности отнятия от груди, приучения к туалету, укладывания спать и т. д.);

e — переживание телесно травмирующего опыта в детстве и младенчестве;

g — переживание эмоционально травмирующего опыта в детстве и младенчестве;

h — эмоциональный климат в семье и характерные личностные особенности родителей и сиблингов;

i — недавние телесные повреждения;

j — недавние эмоциональные переживания, связанные с интимными, личными и профессиональными отношениями.

Вышеперечисленные факторы в различной степени имеют значение для этиологии любых заболеваний. Ко всем тем факторам, которым медицина уже давно уделяла внимание, психосоматический подход добавил факторы d, g, h, j . И только анализ всех этих категорий и их взаимодействия может дать полную этиологическую картину.

В этой связи следует подчеркнуть в качестве дополнительного методологического постулата тезис о том, что психосоматический подход требует подробного и точного описания психологических процессов, а также точного наблюдения взаимосвязанных с ними физиологических процессов. Подробные физиологические исследования, соотносясь с бессистемными импрессионистскими психологическими описаниями, не могут дать нам более полного понимания этиологии. Нет никакого смысла в том, чтобы точно описывать нарушение сердечной деятельности и при этом объяснять его нервозностью, не давая адекватного объяснения эмоциональному и понятийному содержанию.

ГЛАВА 8

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

1. ПСИХОГЕНЕЗ

Проблема психогенеза имеет отношение к возникшей в древние времена дихотомии души и тела. Психологические и соматические

феномены происходят в одном и том же организме, но являются при этом просто Двумя сторонами одного процесса. Определенные физиологические процессы, происходящие в живом орга⁵¹

низме, субъективно воспринимаются как чувства, идеи и стремления. Как отмечалось ранее, психологические методы, связанные с передачей субъективно воспринимаемых физиологических процессов через речь, — самое лучшее средство исследования таких процессов. Поэтому объект исследования у психологии и физиологии в сущности один и тот же; различие заключается лишь в подходе.

Важно, что именно понимается под «психогенезом». Для начала рассмотрим один пример. При эмоционально обусловленном повышении кровяного давления под психогенезом не подразумевается, что сужение кровеносных сосудов осуществляется каким-либо несоматическим механизмом. Гнев составляют соматические процессы, протекающие где-то в центральной нервной системе. Физиологическое воздействие гнева состоит из цепи событий, в которой каждое звено может быть описано, по крайней мере теоретически, на языке физиологии. Отличительной чертой таких психогенных факторов, как эмоции, идеи и фантазии, является то, что они могут исследоваться *также* и психологически, с помощью интроспекции или вербальных сообщений от тех, у кого протекают эти физиологические процессы. Вербальная коммуникация является поэтому одним из наиболее мощных инструментов психологии, а вместе с тем и психосоматического исследования. Говоря о психогенезе, мы имеем в виду физиологические процессы, состоящие из возбуждений в центральной нервной системе, которые могут исследоваться психологическими методами, потому что они субъективно воспринимаются в виде эмоций, идей или желаний. Психосоматическое исследование имеет дело с процессами, в которых определенные связи в причинной цепи на данной ста[^]

дии наших знаний проще поддаются изучению психологическими, нежели физиологическими методами, поскольку детальное исследование эмоций как протекающих в мозгу процессов еще недостаточно развито. Даже в тех случаях, когда физиологическая основа психологических феноменов известна более или менее хорошо, вряд ли можно обойтись без их психологического исследования. Трудно представить, что те или иные ходы двух шахматистов легче понять в биохимических или нейрофизиологических, нежели в психологических терминах.

2. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, ЗАТРАГИВАЕМЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ВОЗДЕЙСТВИЯМИ

Их можно разделить на три основные категории:

- а) произвольное поведение;
- б) экспрессивные иннервации;
- в) вегетативные реакции на эмоциональные состояния.

Скоординированное произвольное поведение

Произвольное поведение осуществляется под воздействием психологических мотиваций. Так, если ощущается голод, то предпринимаются определенные скоординированные действия, служащие добыванию пищи и ослаблению голода. На каждое из них влияют определенные психологические процессы. Например, человек вспоминает, где хранилась пища или место, где расположен ресторан и

т.д. Эти вспомогательные психологические связи могут быть простыми, как при воспоминании о том, что в холодильнике есть еда. Или Они могут

53

быть достаточно сложными: бродяга просыпается утром, ощущая голод и без гроша в кармане. Вначале он должен предложить свои услуги кому-либо, кто их примет, и лишь после оплаты сможет облегчить голод. В нашей сложной цивилизации огромная часть жизни уходит на подготовку к тому, чтобы стать экономически продуктивным членом общества с целью обеспечения базальных биологических потребностей в пище, крове и т.д. Поэтому историю жизни каждого человека можно рассматривать как сложный психосоматичес-

кий процесс, как целенаправленное произвольное поведение, осуществляемое под руководством определенных психологических воздействий (мотиваций).

Динамическая система психологических сил, задачей которых является выполнение сложной задачи координации, называется *эго*. Неудача в исполнении своих функций дает начало различным формам психоневрозов и психозов. Данные расстройства относятся к сфере психиатрии в узком смысле слова.

Экспрессивные иннервации

Экспрессивные иннервации — это физиологические процессы, такие, как плач, вздох, смех, покраснение, жестикуляция и гримасничанье, которые осуществляются под влиянием специфических эмоциональных напряжений. Все эти сложные проявления выражают определенные эмоции и в то же время снимают специфическое эмоциональное напряжение, печаль, жалость к себе, веселое настроение и т.д. Эти экспрессивные иннервации не преследуют каких-либо утилитарных целей; они не служат удовлетворению той или иной базальной биологической потребности; их единственная

функция — разрядка эмоционального напряжения. Смех, например, возникает под воздействием определенных эмоциональных ситуаций, обладающих комическим эффектом. Самые проникательные умы — упомянем хотя бы Бергсона, Липпса и Фрейда — пытались определить, что вызывает комический эффект, подыскивая общий знаменатель для межличностных ситуаций, универсальной реакцией на которые служит смех. Верзила и коротышка идут рядом друг с другом. Внезапно верзила спотыкается и падает. Эффект будет весьма комическим. Чем более надменно вел себя верзила, тем большим будет комический эффект его внезапного падения. Здесь легко понять, что зритель дает в смехе выход некоторой сдерживаемой злобе; он смеется над верзилой. Каждый из нас в детстве иногда завидовал взрослому и обижался на них, когда с трудом пытался держаться на уровне с ними, семеня рядом. Они были гигантами, которые при желании могли бы нас столкнуть, мы же были абсолютно беспомощны перед ними. Каждый зритель бессознательно отождествляет себя с коротышкой, невозмутимо идущим дальше, когда его длинный компаньон неожиданно оказывается распростертым по земле. Фрейд мастерски показал, что скрытые враждебные тенденции составляют один из аспектов

комического эффекта (95).

Чтобы возник смех — крайне сложный феномен, состоящий из

спазматических сокращений диафрагмы и лицевых мышц, — должны присутствовать и другие тонкие психологические факторы. Подробный анализ тонких психологических деталей не входит в мои задачи. Я выбрал смех в качестве примера для демонстрации двух важных фактов: во-первых, сложной и специфической природы психологических стимулов, которые вызывают такие экспрессивные движения, как смех;

и, во-вторых, особой природы этого вида иннервации, которая служит не какой-либо утилитарной цели, а разрядке. В классе о лысину учителя ударяется муха. Некоторое время мальчики контролируют побуждение смеяться. Затем один из них начинает тихо давиться от смеха, и в следующий момент весь класс раздражается неконтролируемым смехом. Очевидно, агрессивные импульсы против учителя, сдерживаемые каждым школьником, находят внезапное вулканическое высвобождение. Смех следует своим путем; некоторое количество мышечной энергии идет на ослабление психического напряжения. Сходным образом плач, вздохи и неодобрительный взгляд не имеют практического значения;

они служат лишь для разрядки специфического эмоционального напряжения.

С точки зрения физиологии сексуальные феномены относятся к этой категории. Они также являются феноменами разрядки, служащими для ослабления специфических инстинктивных напряжений.

Патологические изменения, затрагивающие подобные экспрессивные процессы, обычно относят к области психиатрии. Эмоции, вытесненные из-за конфликта с личностными нормами, не могут разряжаться через обычные каналы экспрессивных иннерваций. Больному приходится изобретать индивидуальные экспрессивные иннервации в форме конверсионных симптомов, которые частично служат разрядке вытесненных эмоций, а частично — защите от их прямого выражения. Иногда разрядка происходит с помощью обычных подходящих для этого экспрессивных процессов, например в случае истерического плача или смеха. Здесь лежащие в их основе эмоции вытеснены, и пациент не знает, почему он плачет или смеется. Из-за отделения экспрессивных движений от эмоций они не могут ослабить напряжение. Этим объясняется неконтролируемый и затяжной характер истерического смеха или плача.

Вегетативные реакции на эмоциональные состояния

Эту группу составляют висцеральные реакции на эмоциональные стимулы, и она имеет особое значение для терапии внутренних болезней и других медицинских специальностей. Психосоматический подход в медицине зародился в ходе исследования вегетативных расстройств, развивающихся при определенных эмоциональных состояниях. Однако, прежде чем начать обсуждение вегетативных расстройств, нам придется описать нормальные реакции организма на эмоции;

они выступают в качестве физиологических основ разнообразных расстройств, затрагивающих различные вегетативные органы.

Функционирование нервной системы в целом может быть понято как направленное на сохранение условий внутри организма в неизменном состоянии (гомеостаз). Нервная система обеспечивает

выполнение этой задачи по принципу разделения труда. Если в обязанности центральной нервной системы вменяется регуляция отношений с внешним миром, то вегетативная нервная система управляет внутренними делами организма, то есть внутренними вегетативными процессами. В особой степени вопросами сохранения и строительства, то есть анаболическими процессами, занят парасимпатический отдел автономной нервной системы. Его анаболическое влияние проявляется в таких функциях, как стимуляция желудочно-кишечной дея⁵⁷

тельности и накопление сахара в печени. Его сохраняющая и защищающая функции выражаются, например, в сокращении зрачка для защиты от света или в спазме бронхиолы для защиты от раздражающих веществ.

По утверждению Кэннона (43), основная функция симпатического отдела вегетативной нервной системы состоит в регуляции внутренних вегетативных функций, в связи с внешней деятельностью, особенно в экстремальных ситуациях. Другими словами, симпатическая нервная система участвует в подготовке организма к борьбе и бегству, воздействуя на вегетативные процессы так, чтобы они были максимально полезны в экстремальной ситуации. При подготовке к борьбе и бегству, а также при совершении самих этих действий она тормозит все анаболические процессы. Поэтому она становится ингибитором желудочно-кишечной деятельности. Однако она стимулирует деятельность сердца и легких и перераспределяет кровь, отводя ее от висцеральной области и подводя к мышцам, легким и к головному мозгу; где требуется дополнительная энергия для их интенсивной деятельности. Одновременно повышается кровяное давление, углеводы выводятся из депо, стимулируется мозговое вещество надпочечника. Симпатические и парасимпатические воздействия в высшей степени антагонистичны.

Обобщая, можно сказать, что парасимпатическое доминирование уводит индивида от внешних проблем в простое вегетативное существование, тогда как при симпатической стимуляции он бросает мирные функции строительства и роста, целиком направляя внимание на противостояние внешним проблемам.

При напряжении и релаксации «экономика» организма ведет себя так же, как экономика государства в

военное и мирное время. Военная экономика означает приоритет военной продукции и запрет на определенную продукцию мирного времени. Вместо легковых автомобилей выпускаются танки, вместо предметов роскоши производится военное снаряжение. В организме эмоциональное состояние готовности соответствует военной экономике, а релаксация — мирной: в экстремальной ситуации активируются системы органов, в которых есть необходимость, тогда как другие тормозятся.

В случае невротических расстройств вегетативных функций эта гармония между внешней ситуацией и внутренними вегетативными процессами нарушается. Нарушение может принимать различные формы.

Лишь ограниченное число состояний тщательно исследовано с психо динамической точки зрения. В целом эмоциональные расстройства вегетативных функций можно разделить на две основные

категории. Они соответствуют двум описанным выше основным эмоциональным установкам:

(1) Подготовка к борьбе или бегству в экстремальной ситуации.

(2) Уход от активности, направленной вовне. (1) Расстройства, относящиеся к первой группе, являются результатом торможения или вытеснения импульсов враждебности, агрессивного самоутверждения. Поскольку эти импульсы вытесняются или тормозятся, соответствующее поведение (борьба или бегство) никогда не доводится до завершения. Тем не менее физиологически организм находится в постоянном состоянии готовности. Другими словами, хотя вегетативные процессы были активированы для агрессии, они не переходят в завершённое действие. Результатом будет поддержание хронического состояния готовности в организме наряду с физиологическими реакциями, которые обычно требуются в чрезвычайной ситуации, такими, как учащение сердцебиения и рост кровяного давления или расширение кровеносных сосудов в скелетных мышцах, возросшая мобилизация углеводов и усиленный обмен веществ.

У обычного человека такие физиологические изменения сохраняются лишь при необходимости в дополнительных усилиях. После борьбы или бегства или всякий раз, когда выполнена задача, требующая усилий, организм отдыхает, и физиологические процессы возвращаются к норме. Однако этого не происходит, когда за активацией вегетативных процессов, вовлечённых в подготовку к действию, не следует никакого действия. Если это случается неоднократно, некоторые из вышеописанных адаптивных физиологических реакций становятся хроническими. Иллюстрацией этих феноменов служат различные формы сердечных симптомов. Эти симптомы являются реакциями на невротическую тревогу и вытеснённый или подавленный гнев. При гипертонической болезни хронически повышенное кровяное давление поддерживается под влиянием сдержанных и никогда полностью не проявляемых эмоций, в точности так, как оно временно поднимается под воздействием свободно выражаемого гнева у здоровых людей. Эмоциональные воздействия на регуляторные механизмы углеводного обмена, вероятно, играют существенную роль в сахарном диабете. Хронически повышенное мышечное напряжение, вызванное постоянными агрессивными импульсами, по-видимому, является патогенным фактором при ревматоидном артрите. Влияние эмоций этого типа на эндокринные функции может наблюдаться при тиреотоксикозе. Сосудистые ре

акции на эмоциональное напряжение играют важную роль при определенных формах головных болей. Во всех этих примерах определенные фазы вегетативной подготовки к активным действиям переходят в хроническое состояние, так как лежащие в их основе мотивационные силы невротически заторможены и не высвобождаются в соответствующем действии.

(2) Вторая группа невротиков реагирует на необходимость жесткого самоутверждения эмоциональным уходом от действия в зависимое состояние. Вместо противостояния опасности их первый импульс — обратиться за помощью, то есть так, как они поступали, будучи беспомощными детьми. Такой уход от действия к состоянию, свойственному организму во время релаксации, может быть назван

«вегетативным уходом». Общераспространенным примером этого феномена является человек, у которого при опасности вместо необходимых действий развивается понос. Вместо того чтобы действовать в соответствии с ситуацией, он демонстрирует вегетативное достижение, за которое получал похвалу от матери в раннем детстве. Этот тип невротических вегетативных реакций представляет более полный уход от действия, чем в первой группе. Первая группа проявляла необходимые адаптивные вегетативные реакции; их нарушение состояло лишь в том, что вегетативная готовность к действию под влиянием симпатической или гуморальной стимуляции стала хронической. Вторая группа пациентов реагирует парадоксальным образом: вместо подготовки к направленному вовне действию они уходят в вегетативное состояние, которое прямо противоположно требуемой реакции.

Этот психологический процесс можно проиллюстрировать наблюдениями, проведенными мною над паци⁶¹

ентом, страдавшим неврозом желудка, который был связан с хронической повышенной кислотностью желудочного сока. При виде на экране героя, сражающегося с врагами или совершающего агрессивные, рискованные действия, этот пациент всегда реагировал острой изжогой. В фантазии он отождествлял себя с героем. Однако это порождало тревогу, и он удалялся от борьбы, ища защищенности и помощи. Как будет видно позднее, такое выражающее зависимость стремление к защищенности и помощи тесно связано с желанием быть накормленным и поэтому вызывает усиленную деятельность желудка. Что касается вегетативных реакций, данный пациент вел себя парадоксально: именно тогда, когда нужно было сражаться, его желудок начинал работать чересчур активно, готовясь к принятию пищи. Даже в животном мире, прежде чем съесть врага, его надо сначала победить.

Сюда же относится большая группа так называемых *функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта*. Их примерами служат все формы нервной диспепсии, нервной диареи, кардиоспазма, различные формы колита и определенные формы запора. Эти желудочно-кишечные реакции на эмоциональный стресс можно рассматривать как основанные на «регрессивных паттернах», поскольку представляют собой возрождение реакций организма на эмоциональные напряжения, характерные для ребенка. Одним из первых эмоциональных напряжений, осознаваемых ребенком, является голод, ослабляемый оральным путем, за которым наступает чувство насыщения. Тем самым оральное поглощение становится ранним паттерном ослабления неприятного напряжения, вызванного неудовлетворенной потребностью. Этот ранний способ разрешения болезненного

напряжения может снова возникнуть у взрослых людей в невротическом состоянии или под влиянием острого эмоционального стресса. Замужняя женщина рассказывала, что всякий раз, когда чувствовала, что муж не соглашается с ней или ее отвергает, она обнаруживала, что сосет большие пальцы рук. Действительно, этот феномен заслуживает названия «регрессия». Нервная привычка курения или жевания в состоянии неопределенного или нетерпеливого ожидания основана на том же самом типе регрессивного паттерна.

Ускорение работы кишечника — сходный регрессивный феномен, который под воздействием эмоционального стресса может иметь место даже у людей, здоровых в других отношениях.

Кроме того, данная разновидность эмоционального механизма имеет этиологическое значение для состояний, при которых развиваются обширные морфологические изменения, такие, как пептическая язва и язвенный колит. Помимо желудочно-кишечных расстройств, к этой группе невротических реакций организма относятся определенные типы состояний усталости, связанные с расстройством углеводного обмена. Сходным образом психологический компонент в бронхиальной астме представляет собой уход от действия в состоянии зависимости, поиска помощи. Все нарушения функций в этой группе стимулируются парасимпатической нервной системой и тормозятся симпатической стимуляцией.

Напрашивается предположение, что в первой категории вегетативных реакций имеет место симпатическое, а во второй — парасимпатическое доминирование в вегетативном балансе. Это предположение, однако, не учитывает тот факт, что каждое нарушение вегетативного равновесия порождает немедленные компенсаторные реакции. В начальной стадии расстройство, вполне может быть обусловлено избытком симпатической или парасимпатической стимуляции. Вскоре, однако, картина осложняется механизмами обратной связи, стремящимися восстановить гомеостатическое равновесие. Во всех вегетативных функциях участвуют оба отдела вегетативной нервной системы, и с появлением расстройства уже невозможно приписать возникающие:

симптомы исключительно либо симпатическим, либо парасимпатическим влияниям. Лишь вначале стимул, вызывающий расстройство, может быть идентифицирован с тем или другим отделом вегетативной нервной системы. Следует также иметь в виду, что гомеостатические реакции не достигают своей цели, и сверхкомпенсаторная реакция может затмить первоначальный возмущающий стимул. Эти две части вегетативной нерв

ной системы функционально антагонистичны, однако в каждом вегетативном процессе они сотрудничают, так же как мышцы — сгибатели и разгибатели, выполняющие антагонистичные функции, совместно обеспечивают каждое движение конечностей.

Резюме

Сопоставляя обсуждаемые здесь физиологические явления с психоаналитической теорией неврозов в целом и с ранее высказанными взглядами на вегетативный невроз в частности, мы приходим к следующим заключениям. Каждый невроз в определенной степени состоит в уходе от действия, в замене действия аутопластическими процессами (*Фрейд*). При психоневрозах без физических симптомов моторная активность заменяется психологической, действием в фантазии вместо ре

альности. Тем не менее разделение труда в центральной нервной системе не нарушается. Психоневротические симптомы обуславливаются деятельностью центральной нервной системы, функция которой — контроль внешних взаимоотношений. Это справедливо и для конверсионной истерии. Здесь также симптомы локализованы в произвольной моторной и сенсорно-перцептивной

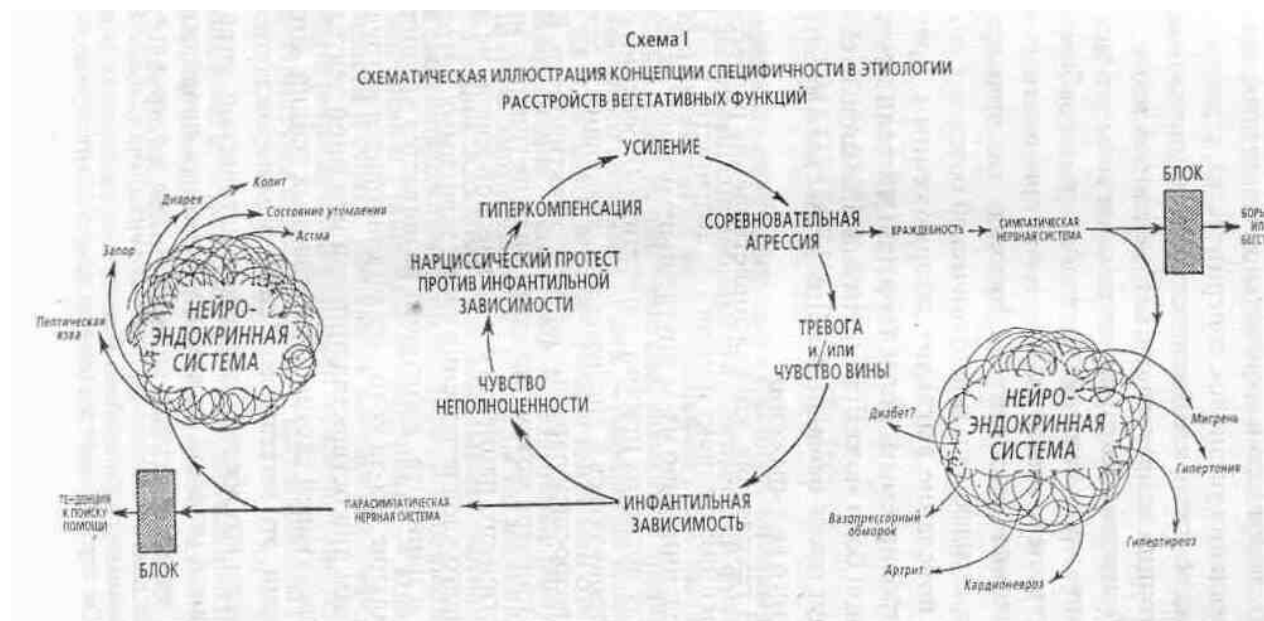
системе, которая занимается направленной вовне деятельностью организма. Однако каждое невротическое расстройство вегетативной функции состоит в нарушении деления труда внутри нервной системы. При этом направленное вовне действие отсутствует, и невысвобождаемое эмоциональное напряжение индуцирует хронические внутренние вегетативные изменения. Если патология обусловлена симпатическим, а не парасимпатическим доминированием, такое нарушение деления труда приводит к не столь тяжелым последствиям. Симпатические функции, как было показано, занимают промежуточное положение между внутренними вегетативными функциями и действием, направленным вовне; они настраивают и изменяют вегетативные функции для поддержки действий, нацеленных на решение внешних проблем. При расстройствах, где наблюдается симпатическая гиперактивность, организм не совершает действия, хотя и проходит все подготовительные изменения, способствующие совершению действия и необходимые для него. Если бы за ними последовало действие, процесс был бы нормальным. Невротический характер данного состояния заключается в том, что весь физиологический процесс никогда не приходит к завершению.

Более полный уход от решения внешних проблем мы наблюдаем в расстройствах, развивающихся под влиянием парасимпатического доминирования. Здесь бессознательный связанный с симптомом психологический материал соответствует уходу к более ранней вегетативной зависимости от материнского организма. Пациент, страдающий желудочно-кишечными симптомами, отвечает на необходимость действия парадоксальными вегетативными реакциями: например, вместо подготовки к борьбе готовится к принятию пищи.

Разделение вегетативных симптомов на эти две группы — лишь предварительный шаг к решению проблемы эмоциональной специфичности в неврозах органов. Следующая проблема заключается в том, чтобы понять специфические факторы, которые могут отвечать за выбор органической функции в пределах обширной области парасимпатического или симпатического доминирования, и объяснить, почему бессознательные агрессивные тенденции при вытеснении в одних случаях приводят к хронической гипертонии, а в других — к учащенному сердцебиению, расстройству углеводного обмена или хроническому запору и почему пассивные регрессивные тенденции ведут к желудочным симптомам в одних случаях, а к поносу и астме — в других.

Психодинамически два этих типа невротических вегетативных реакций могут быть представлены диаграммой, показанной на схеме I.

Эта диаграмма показывает две разновидности вегетативных реакций на эмоциональные состояния. В правой части диаграммы показаны состояния, которые могут развиваться, когда проявление враждебных агрессивных импульсов (борьбы или бегства) блокировано и отсутствует в явном поведении; слева представлены состояния, которые развиваются, когда заблокированы тенденции к поиску помощи.



Всегда, когда в сознательном поведении подавлены проявления установок соперничества, агрессивности и враждебности, симпатическая система оказывается в состоянии непрерывного возбуждения. Симпатическое возбуждение, сохраняющееся из-за того, что в согласованном произвольном поведении реакция борьбы или бегства не достигает завершения, приводит к развитию вегетативных симптомов. Это видно на примере пациента, страдающего гипертонической болезнью: его внешнее поведение выглядит заторможенным, чрезмерно контролируемым. Более того, при мигрени приступ головной боли может прекратиться в течение нескольких минут после осознания пациентом своей ярости и Открытого ее выражения¹.

В тех случаях, когда удовлетворение регрессивных тенденций к поиску помощи не достигается в открытом поведении, либо из-за внутреннего неприятия их, либо в силу внешних причин, вегетативные реакции склонны проявляться в дисфункциях, являющихся результатом возросшей парасимпатической активности. В качестве примера можно привести внешне гиперактивного, энергичного пациента с пептической язвой, не допускающего удовлетворения своих зависимых потребностей, и пациента, у которого развивается хроническое утомление, из-за которого он становится нетрудоспособным при осуществлении той или иной деятельности, требующей сконцентрированных усилий. Другими словами, эти вегетативные симптомы порождаются длительным возбуждением парасимпатической ветви вегетативной нервной системы, вызванным продолжительным эмоциональным напряжением, которое не нахо-

См. стр. 187.

дит выхода во внешнем скоординированном произвольном поведении.

Эти корреляции между симптомами и бессознательными установками нельзя распространять на корреляцию между явными чертами личности и симптомами. Кроме того, сочетание обоих типов реагирования может наблюдаться у одного и того же человека в разные периоды жизни, а в некоторых случаях даже одновременно¹.

3. ПРОБЛЕМА СПЕЦИФИЧНОСТИ

ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Изложенные на предыдущих страницах взгляды основаны на теории специфичности. Согласно ей физиологические реакции на эмоциональные стимулы, как нормальные, так и патологические, зависят от природы эмоционального состояния. Смех — реакция на веселье, плач — на горе; вздох выражает облегчение или отчаяние, а покраснение — смущение. Вегетативные реакции на различные эмоциональные стимулы также зависят от типа эмоций. Каждому эмоциональному состоянию присущ свой физиологический синдром. Возросшее кровяное давление и учащенное сердцебиение — компоненты ярости и страха. Усиленная желудочная секреция может быть регрессивной реакцией на чрезвычайную ситуацию. Приступы астмы связаны с вытесненным бесПроводимое здесь разделение между симпатическим и парасимпатическим доминированием не связано с концепциями сим-патико-тонических и ваготонических конституций Эппингера и Гесса, поскольку симпатическое или парасимпатическое доминирование является не постоянной особенностью человека, а только характеристикой определенного состояния.

сознательным импульсом закричать и позвать мать на помощь.

До сих пор остается открытым вопрос о том, насколько специфичны физиологические реакции на различные эмоциональные стимулы. Предлагаемая теория проводит принципиальное различие между двумя установками: (1) подготовкой к активному действию в ситуации, вызывающей тревогу, и (2) бегством от нее в возрастающую зависимость подобно маленькому ребенку, который обращается за помощью к матери вместо того, чтобы попытаться самому встретить лицом к лицу чрезвычайную ситуацию. Согласно Кэннону (43) первый тип эмоциональной установки сопровождается повышенным симпатическим, а второй — повышенным парасимпатическим возбуждением. Внутри двух этих основных категорий можно выделить специфические реакции на различные эмоции. Они будут обсуждаться в следующих главах.

Не перевелись еще сторонники прежней точки зрения, которая заключается в том, что специфической корреляции между характером эмоционального стресса и его физическими последствиями не существует. Согласно этой концепции любая эмоция может содействовать любому органическому расстройству, а за локализацию заболевания отвечает локальная уязвимость поражен-

ного органа. В то же время теория эмоциональной специфичности не пренебрегает другими неэмоциональными факторами, которые могут определять тип физиологической реакции'. Конституция и предыстория задействованной системы органов также играют важСм. обсуждение этиологических факторов на стр. 50.

ную роль и влияют на специфическую восприимчивость организма к эмоциональным стимулам.

Полемика по поводу специфичности психодинамических факторов, действующих при вегетативных расстройствах, осложнена тем, что во всех этих расстройствах присутствуют такие важные психологические факторы, как тревожность, вытесненные враждебные и эротические импульсы, фрустрация, стремление к зависимости, чувства неполноценности и вины. Специфично не наличие какого-либо

или нескольких из этих психологических факторов, а та динамическая конфигурация, в которой они проявляются. Специфичность такого рода подобна той, что встречается в стереохимии. Составляющие различных органических соединений — одни и те же атомы: углерод, водород, кислород и азот; однако они образуют огромное число комбинаций с разными структурными паттернами, и каждая комбинация дает вещество с высоко специфичными свойствами. Кроме того, специфичен способ, которым проявляет себя психологическая побудительная сила. Враждебность может выражаться в физическом нападении, принимая либо крайние формы, либо в пачканий, плевках и т.д., либо в словесных оскорблениях, деструктивных фантазиях, либо в других не прямых способах нападения. Соответственно варьируют и физиологические реакции. Желание быть опекаемым, как это Видно при вегетативном уходе, может проявляться как желание быть накормленным, приласканным, убаженным, получить похвалу, ободрение или помощь любым другим способом. Как будет детально показано при обсуждении различных вегетативных расстройств, психологическое содержание вместе с динамической конфигурацией побудительных сил определяет физиологию⁷¹

ческие функции, которые будут активированы или заторможены. Ценный подход к исследованию специфических физиологических реакций на психологические стимулы использовался Френчем. Поскольку «любая интегрированная деятельность предполагает функциональное возбуждение то одного органа, то другого сообразно специфическому паттерну деятельности», вытесненные побуждения в сновидениях могут выражаться через соматические функции, соответствующие психологическим стимулам (88).

Точная реконструкция специфических психодинамических конфигураций, характерных для различных вегетативных расстройств, крайне трудна и требует кропотливого сравнительного анамнестического исследования большого числа пациентов, страдающих от одного и того же типа расстройства. Данные, полученные в ходе таких исследований, должны затем сравниваться с детальными психоаналитическими наблюдениями на меньшем числе случаев. Некоторые из специфических психодинамических паттернов, характерных для различных заболеваний, представлены в конце глав во второй части этой книги'.

4. ТИП ЛИЧНОСТИ И БОЛЕЗНЬ

Представление о предрасположенности определенных типов личности к тем или иным болезням всегда присутствовало в медицинском мышлении. Еще в то время, когда медицина основывалась исключительно на клиническом опыте, внимательные врачи отмечали распространенность определенных болезней у лиц с опре'

См.стр. 129, 147, 179, 218 и 250.

деленным физическим или психическим складом. Однако, насколько важен этот факт, им было совершенно неизвестно. Хороший врач гордился знанием подобных корреляций, происходящим из его большого опыта. Он знал, что худой, высокий человек с впалой грудью скорее склонен к туберкулезу, чем полный, коренастый тип, и что последний скорее склонен к внутри мозговому кровоизлиянию. Наряду с такого рода корреляциями между болезнью и строением тела обнаруживались корреляции между чертами личности и определенными болезнями. Выражения типа «меланхолия» отражают интуитивное знание о большой распространенности депрессивных черт

среди лиц, страдающих расстройством желчного пузыря. Бальзак (21) в своей книге, одном из первых когда-либо написанных психосоматических романов, дает мастерское описание холостяка, у которого вначале развилась меланхолия, а позднее — болезнь желчного пузыря. Склонность диабетиков к кулинарным излишествах и связь сердечных расстройств с тревогой общеизвестны. В Америке такие клиницисты, как Альварес, Джордж Дрэйпер, Эли Мошкович (18, 69, 168, 169, 170) и другие, сделали ценные наблюдения подобного рода, которые более детально будут обсуждаться в последующих главах. Альварес (19) разработал концепцию о пептически-язвенной личности — жестком, энергичном, предприимчивом типе. Дрэйпер (68) обнаружил, что за этим у многих больных пептической язвой стоят зависимые и, как он их назвал, женские черты личности.

Эндокринные заболевания, такие, как гипер- и гипотиреоз, — еще одна благодатная область для выявления корреляций черт личности с картиной болезни. Крайне нервный, чувствительный пациент, страдающий ба зедовой болезнью, резко контрастирует с медлительным, флегматичным, вялым человеком с гипотиреозом.

Большинство этих наблюдений носили более или менее эпизодический характер, пока Данбар (75) не применила к этому плодородному полю современные методы психодинамической диагностики. В своих «исследованиях профилей» она описывает определенные статистические корреляции между болезнью и типом личности. Паттерны внешней личности, которые могут быть описаны ее методом, столь сильно варьируют среди пациентов с одним и тем же заболеванием, что в лучшем случае можно говорить лишь о некоторых более или менее значимых статистических закономерностях. Столь многочисленные исключения сами по себе свидетельствуют о том, что большинство из этих корреляций не отражает настоящие причинные связи.

Возможно, наиболее обоснованным из ее профилей можно считать профиль больного, страдающего ише-мической болезнью сердца. Согласно Данбар это человек, все время пребывающий в борьбе, очень упорный и сдержанный, нацеленный на успех и достижения. Он строит долгосрочные планы; часто придает себе представительный вид. Он демонстрирует высокую степень того, что Фрейд называл «принципом реальности» — способностью к откладыванию и подчинению своих действий долгосрочным целям. Данбар убедительным образом противопоставила их пациентам с переломами — лицам, склонным к несчастным случаям. Это импульсивные, неорганизованные, склонные к риску люди, живущие для настоящего, а не для будущего. Они склонны действовать под влиянием момента и часто проявляют плохо контролируемую враждебность против людей, облеченных властью; в то же время их поведение

мотивируется чувствами вины, и в нем видна тенденция к самонаказанию и неудачам. Такие лица обычно встречаются среди типичных бродяг, беспечных людей, не терпящих дисциплину — ни внешнее руководство, ни внутреннее регулирующее воздействие разума¹.

Корреляция между склонностью к импульсивным действиям и отсутствию терпимости к внешней или внутренней дисциплине, с одной стороны, и склонностью к несчастным случаям — с другой, по-

видимому, имеет определенную причинную связь. Очевидно, что импульсивный человек, исполненный враждебности и чувства вины, будет предрасположен к несчастным случаям. Его действия безрассудны, и в то же время он склонен также к самонаказанию и страданию. Он неосмотрителен и вместе с тем стремится расплачиваться физическими травмами за свою агрессивность.

Взаимосвязь между определенными типами личности и ишемической болезнью сердца представляется гораздо более сложной. Врачам-клиницистам хорошо известна распространенность инфаркта миокарда среди пациентов в таких профессиональных группах, как врачи, священники, адвокаты, администраторы, и среди лиц, несущих большую ответственность. В этом смысле ишемическая болезнь оказывается едва ли не профессиональным заболеванием. Вполне возможно, что определенный образ жизни, особенности психического напряжения порождают соматические условия, которые способствуют прогрессирующим изменениям в сосудистой системе и в конечном счете приводят к ишемической болезни. На самом деле взаимосвязанными могут быть не характер человека и ишемическая болезнь,

См. стр. 250 и далее.

а образ жизни и болезнь. Таким образом, находки Дан-бар следовало бы объяснять склонностью лиц с определенным типом личности заниматься деятельностью, сопряженной с высокой ответственностью. То есть это вторичная, а не непосредственно каузальная корреляция. Псевдокорреляцией такого рода является утверждение Данбар, что больные ишемической болезнью сердца часто выглядят представительно. Представительный вид, очевидно, обусловлен тем, что эти люди часто являются высококвалифицированными специалистами. Внешность же, пожалуй, мало связана с ишемической болезнью как таковой.

Подобную псевдокорреляцию можно проиллюстрировать следующим примером. С определенной долей вероятности можно предсказать, что в Италии среди промышленных рабочих больше людей со светлой кожей, чем среди работников сельского хозяйства. Эта корреляция показывает лишь то, что индустриальная область Италии находится на севере, где живет больше людей со светлой кожей, чем в южной Италии, где люди смуглолицы и в основном заняты работой в сельском хозяйстве. Данная корреляция не обнаруживает никакой мистической связи или родства между работой в промышленности и светлой кожей. До тех пор пока механизмы взаимосвязи между эмоциональными факторами и органическими болезнями не станут известны более детально, выявление тех или иных внешних корреляций между лежащими на поверхности чертами личности и болезнями будет иметь ограниченное значение.

Другой вид корреляции между личностными факторами и болезнью более значим. Тщательные психодинамические исследования показали, что определенные расстройства вегетативных функций скорее связаны со

специфическими эмоциональными состояниями, чем с внешними личностными паттернами, описанными в профилях личности. Например, постоянно испытываемые враждебные импульсы могут коррелировать с хроническим повышением кровяного давления, а

свидетельствующие о зависимости склонности к поиску помощи — с усиленной желудочной секрецией. Однако эти эмоциональные состояния могут встречаться у лиц с совершенно разным типом личности. Действительно, предприимчивый тип, который вытесняет и гиперкомпенсирует склонности к зависимости, обычно встречается среди пациентов с пептической язвой. Некоторые из них, однако, вовсе не демонстрируют такую структуру личности; они не вытесняют свою установку потребности в помощи, но ее удовлетворение постоянно наталкивается на фрустрацию в силу внешних причин'. Эти пациенты не являются жесткими людьми, любящими ответственность; они открыто проявляют зависимость или ждут помощи. Теперь мы знаем: то, чем сдерживается их склонность к зависимости — внутренними факторами, такими, как гордость, или внешними, такими, как холодная, отвергающая жена, имеет лишь второстепенное значение. Важна корреляция между желанием получать любовь и помощь и активностью желудка, безотносительно к тому, что препятствует исполнению этого желания: внешние обстоятельства или гордость, которая не позволяет человеку принимать постороннюю помощь. Точно так же основной конфликт в случае астмы вполне ясен и очевиден: страх отделения от матери или того, кто ее заменяет. Однако внешние свойства личности могут заметно варьировать. ХаСм. дальнейшее обсуждение на стр. 113.

Характерный эмоциональный паттерн астматика можно выявить у лиц с совершенно противоположными типами личности, защищающих себя от страха отделения с помощью различных эмоциональных механизмов.

Не существует неопределенной и таинственной корреляции между личностью и болезнью; есть четкая корреляция между определенными эмоциональными факторами и определенными вегетативными иннервациями. Какие бы корреляции ни обнаруживались между типом личности и соматической болезнью, их статистическая достоверность является лишь относительной, и зачастую они случайны. В данных культурных условиях определенные защиты от эмоциональных конфликтов проявляются более часто, чем другие. Например, наша культура придает огромное значение независимости и личным достижениям; отсюда большая распространенность гиперактивного предприимчивого типа среди пациентов с пептической язвой. Эта поверхностная картина есть лишь защита (гиперкомпенсация) от глубоко укоренившегося стремления к зависимости, и она не находится в прямой связи с образованием язвы. Истинные психосоматические корреляции наблюдаются между эмоциональными факторами и вегетативными реакциями.

5. СООТНОШЕНИЕ НЕРВНЫХ И ГОРМОНАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ

Как отмечалось выше, участие двух отделов вегетативной нервной системы в формировании различных симптомов не может быть полностью изолированным, так как, хотя их воздействие и антагонистично, они сотрудничают в регуляции каждой вегетативной функции.

Кроме того, механизмы поддержания гомеостатического равновесия могут гиперкомпенсировать в противоположном направлении первоначальный сдвиг симпатической или парасимпатической стимуляции. Чем дольше сохраняется расстройство, тем более сложным становится участие вегетативной

нервной системы. Картина еще более осложняется тем, что при хронических состояниях значение нейрогенных механизмов снижается, и на передний план выходит гормональная регуляция. Например, подавленные агрессивные импульсы могут первоначально активировать симпатико-медулло-адреналовую систему, однако последующие события, в ходе которых возросшая секреция кортикостероидов вызывает почечную патологию и ведет к развитию устойчивой гипертензии, маскируют эту картину. В этом случае первоначальная роль симпатической нервной системы затушевывается вторичными феноменами. Теория специфичности применима лишь к тем факторам, которые инициируют нарушение равновесия, а не к их вторичным результатам.

Точное соотношение нейрогенной и гормональной регуляции в нормальных и патологических состояниях все еще остается загадкой. Исследования Селье, Лонга и других — определенные шаги на пути к прояснению таких механизмов. В своей книге «Адаптационный синдром» Селье (211) постулирует, что воздействие любого неспецифического вредного раздражителя достаточной интенсивности приводит к высвобождению в тканях продуктов распада и к развитию первой стадии синдрома — «реакции тревоги». Эту стадию можно разделить на две отдельные фазы. Первая фаза, или «фаза шока», характеризуется тахикардией, снижением мышечного тонуса и температуры тела, образованием язв в желудке

и кишечнике, сгущением крови, анурией, отеками, гипохлоргидрией, лейкопенией с последующим лейкоцитозом, ацидозом, временной гипергликемией и, наконец, уменьшением сахара в крови и выбросом адреналина из мозгового вещества надпочечников. Селье постулировал, что, если повреждения не слишком велики, продукты распада стимулируют переднюю долю гипофиза, выбрасывающего в ответ адренокортикотропный гормон, который в свою очередь стимулирует секрецию избыточного количества адренокортикальных гормонов, повышающих сопротивляемость организма. Это — вторая фаза реакции тревоги, которая носит название «фаза противошока». Она характеризуется гипертрофией и гиперактивностью коркового вещества надпочечников, быстрой инволюцией тимуса и других лимфатических органов, а также обратной динамикой большей части признаков, характерных для шоковой фазы. Если вредоносный раздражитель продолжает действовать, фаза противошока уступает место второй стадии общего адаптационного синдрома, «стадии резистентности». Теперь большая часть морфологических патологических изменений, наблюдаемых на первой стадии, исчезает, и сопротивление продолжающемуся воздействию стимула достигает максимума, что объясняется действием кортикальных гормонов. Третья и последняя стадия синдрома — «стадия истощения» — возникает после длительного воздействия вредоносного раздражителя и связывается с износом адаптивных механизмов. Когда это происходит, вновь появляются патологические изменения, характерные для реакции тревоги, и наступает смерть. В экспериментальных условиях воздействие неспецифических вредоносных факторов может вызывать гипертензию, нефросклероз, патологичес

кие изменения миокарда и артрит, которые Селье приписывает избыточному количеству гормонов передней доли гипофиза и коры

надпочечников, исходно вырабатываемых для увеличения сопротивляемости. Поэтому такие расстройства называют «болезнями адаптации». В целом концепция Селье заключается в том, что организм реагирует на самые разнообразные стрессы физиологическими защитными механизмами, которые по существу зависят от целостности коркового вещества надпочечника, и что избыточная активность этой железы ответственна за болезни адаптации. Вред организму |, наносит избыток его собственных защитных мер.

Лонг (142) и его коллеги обогатили наблюдения Селье, показав, что увеличение секреции кортикального гормона зависит от предваряющей его активности передней доли гипофиза, которая в свою очередь предварительно стимулируется адреналином, выделяемым мозговым веществом надпочечников. Согласно данным i Лонга активация гипоталамуса, чем бы она ни была вы¹ звана, приводит в результате к цепной реакции. Первое звено в этой цепи — стимуляция гипоталамуса, приводящая к стимуляции симпатической нервной системы, за которой следует возрастание секреции адреналина, что в свою очередь побуждает к секреции тропных гормонов передней доли гипофиза. Последнее звено этой Цепной реакции — стимуляция тройными гормонами передней доли гипофиза выделения гормонов щитовидной железой и корковым веществом надпочечника. Другими словами, конечный результат возбуждения гипоталамуса при стрессе представляет собой прямое воздействие со стороны адренокортикальных, тиреоидных и других гормонов на клеточный обмен веществ. Недавние наблюдения Сойера (148, 204) и его коллег пред81

полагают возможность более прямого воздействия гипоталамуса на переднюю долю гипофиза посредством гуморальных агентов, порождаемых тканями гипоталамуса при стимуляции их нервными импульсами. Эти исследования показали, что овуляция, происходящая у кролика в течение одного часа после полового акта, может быть предотвращена дибенамином — препаратом, который подавляет эффект адреналина, если принимается в течение трех минут после полового акта. Достоверно установлено, что половой акт у кролика стимулирует секрецию гипофизарного гонадотропного гормона и последующую овуляцию лишь при неповрежденной симпатической цепи. Внутривенная или внутрикито-¹ тидная инъекция адреналина неэффективна в отношении овуляции, тогда как прямое введение этого гормо" на в переднюю долю гипофиза вызывает овуляцию. Это наводит на мысль о том, что в результате симпатической стимуляции в тканях гипоталамуса локально вырабатывается и переносится в гипофиз потоком крови ад-реналиноподобное вещество (схема II).

Схематическая иллюстрация механизмов формирования адаптационного синдрома Селье, модифицированная в соответствии с данными Лонга (140), Сойера и др. (204). Стресс органического или психического происхождения стимулирует гипоталамус, и вследствие этого: (1) активируется симпатическая нервная система, мозговое вещество надпочечника выбрасывает адреналин и (2) гипоталамус выделяет нейрогуморальный агент. В результате происходит стимуляция передней доли гипофиза, приводящая к росту секреции тропных 1 гормонов (Мирски).

Эти исследования дают нам представление о сложном

взаимодействии нервных и гормональных механиз

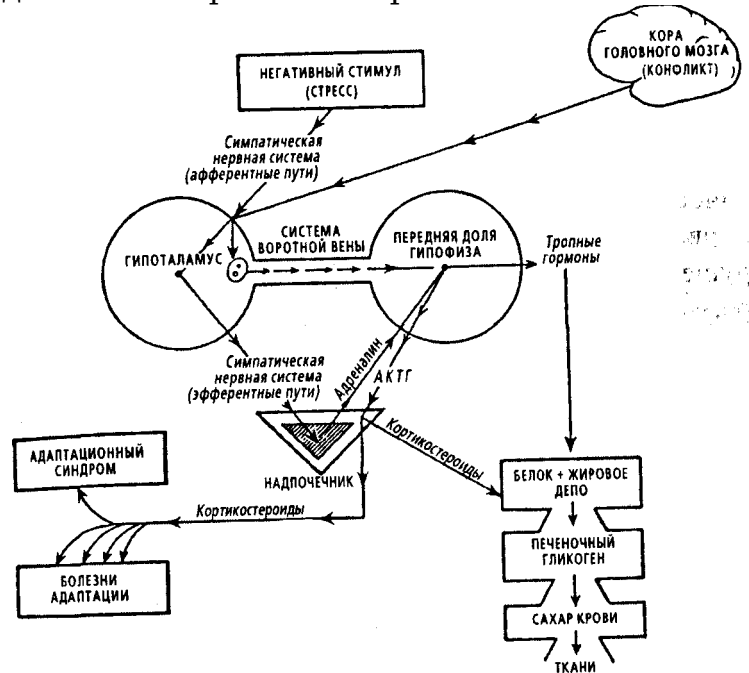


Схема II. Механизмы адаптации к стрессу.

мов, посредством которых организм адаптируется к стрессу и в целом реагирует на внешние стимулы. По всей видимости, нервные механизмы имеют первостепенное значение в критических ситуациях, тогда как при хроническом стрессе в общей картине постепенно начинают преобладать гуморальные реакции.

Несмотря на эти дополнительные детали, предложенная выше дифференциация между двумя типами L основных реакций остается в силе: (1) организм либо | ^товится к встрече со стрессовой ситуацией, мобили-ЭУЯ все свои ресурсы, что означает вегетативную лодгоС1

товку за счет активации симпатико-медулло-гипофи зо-адреналовой системы; (2) либо он может уходить о ситуации стресса, обращаясь за помощью к другим лю дям или, так сказать, отказываясь от усилий по самоут верждению, что влечет за собой стимуляцию физиоло! гических функций, регулируемых парасимпатической нервной системой. Обе реакции свидетельствуют о на? рушении вегетативного баланса, включающем контр регуляторные механизмы, которые могут затушевывт исходное расстройство. Только психодинамические и(! следования могут установить природу первоначально! нарушения и дать объяснение различиям в реакция людей на превратности жизни. По сути, это представ ляет собой концепцию специфичности.

Часть 2

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВВЕДЕНИЕ

Систематическое изучение взаимосвязи между психологическими и физиологическими факторами при хронических расстройствах вегетативных систем началось сравнительно недавно. Для большинства терапевтов, однако, эта взаимосвязь очевидна, и они решительным образом утверждают, что больше половины соматических жалоб их пациентов является результатом эмоциональных расстройств. Анализируя медицин | скую литературу, можно обнаружить множество

ссылок на отдельные наблюдения участия эмоциональных факторов в соматических расстройствах. Данбар, а также Вайс и Инглиш (Weiss, English) собрали замечательную подборку различных наблюдений, описанных терапевтами, психиатрами и психоаналитиками (71, 75, 242). Подавляющее большинство авторов считают эмоциональное расстройство следствием тревожности: термин «тревожность» часто используется при описании Различного рода эмоциональных напряжений. И хотя

| Сеющаяся корреляция тревожности с соматическими Расстройствами почти не дает информации относительно^{но} участия каких-либо психологических факторов, тем^{не} менее на основании подобных наблюдений стано-Бится очевидно, что психиатрическая помощь является ^ .Жной и неотъемлемой частью медицинской помощи Ильному.

Исследованиям, направленным на понимание спе цифической роли эмоциональных факторов в проио хождении соматического заболевания и механизмов еп возникновения, уделялось достаточно мало внимание Шагом в этом направлении явилось применение анам нестических интервью, с помощью которых устанавли вались подходящие эмоциональные факторы, действо вавшие на больного в прошлом и в настоящем. Эта и. тодика, позволяющая оценить личностные факторы] их корреляцию с конкретными заболеваниями, быд подробно описана в работе Данбар (75).

ГЛАВА 9

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Пищеварительный процесс является осью эмоцио^ нальной жизни в младенчестве. Мир ребенка сосредоЦ точен на питании, и самые сильные эмоции, неудовольЦ ствие и удовлетворение, начинают ассоциироваться I] различными аспектами пищеварительных функций. Даж| в более позднем возрасте многие фазы пищеваритель| ного процесса остаются сцепленными с определеннцЦ ми эмоциональными установками. С питанием СВЯЗЕД ны многие ранние модели реакций, к примеру выделе, ние слюны и желудочного сока под воздействием вид| и запаха еды. Отвращение, выражающее отторжени! какого-либо объекта, берет свое начало в отторженШ определенных видов еды и ассоциируется с рефлeктор^ ными феноменами желудка и пищевода. ^

В целом, экстравертивное стремление, в частности; сильный гнев или страх, оказывает тормозящее влия' ние на функции пищеварительного тракта, на желудоч

вио и кишечную секрецию, а также на перистальтику. торможение возникает благодаря стимуляции симпатической нервной системы, тогда как стимуляция парасимпатической нервной системы, наоборот, стимулирует функционирование желудочно-кишечного тракта. В качестве эмоциональных установок, стимулирующих желудочно-кишечную деятельность, выступают голод, вид и запах еды, желание насытиться, а также менее конкретное желание получить помощь и расслабиться. При желудочно-кишечных расстройствах нарушается гармоничная адаптация желудочно-кишечной активности к общему состоянию организма. Понимание психодинамического фона этих расстройств требует подробного рассмотрения психологических

аспектов пищеварительного процесса в норме.

1. НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ. РАССТРОЙСТВА АППЕТИТА

Психология питания

Ни одна жизненная функция в ранние годы жизни не играет столь важной роли в эмоциональном хозяйстве организма, как питание. Ребенок впервые испытывает избавление от телесного дискомфорта во время нудного кормления; таким образом удовлетворение голода крепко связывается с ощущением комфорта и защищенности. Страх голодной смерти остается основной ощущения незащищенности (страха будущего), да-же если учесть, что в современной цивилизации смерть от голода — явление чрезвычайно редкое. При тяжелой Ланхолии страх голодной смерти часто открыто выражается пациентом; нередко бывает он также и при

89

многих психоневрозах, хотя больной может и не verbalизовать его. Помимо ощущения защищенности, на 1 сыщение часто ассоциируется с ощущением того, что тебя любят. Для ребенка ситуация «быть накормленным» является эквивалентом ситуации «быть любимым» фактически ощущение защищенности, связанное с насыщением, основано на этой эмоциональной эквивалентности (оральная чувствительность). ip

Другой чрезвычайно важной эмоциональной установкой, которая уже в раннем младенчестве начинает быть связанной с голодом и приемом пищи, является собственничество и все, что под этим подразумевает! то есть жадность, ревность и зависть. Для ребенка обладание эквивалентно телесной (оральной) инкорпорации. Разрушение этой собственнической тенденции невыполнение желания поглощать приводит к агрессивным импульсам — брать силой то, что не дают. Таким образом, кусание становится первым проявлением враждебности (оральной агрессии). Естественно, эти собственнические агрессивные импульсы, замешанные на оральной инкорпорации, с развитием осознания ста-

новятся первым источником чувства вины. Этим, кстати, объясняется то, почему в процессе психоанализа с невротиков, страдающих от различных пищевых расстройств, в качестве центральной эмоциональной проблемы обычно выявляется чувство вины. I

Существует еще одна важная эмоциональная связь -4 между сосанием груди и ощущениями удовольствия! возникающими на языке, губах и слизистой оболочки рта, которые младенец пытается воспроизвести путем сосания пальца. Эти ранние оральные ощущения удовольствия можно считать предвестниками более позд-

них генитальных ощущений. Для взрослого человека проявлением раннего орального либидо служит поцелуй.

Таким образом во многом проясняется смысл собственничества, жадности, ревности, зависти и стремления к защищенности при нарушениях пищеварения. Каждый раз, когда вышеописанные эмоции подавляются, не имея возможности быть выраженными с помощью произвольного поведения, они создают остаточное напряжение и могут тем самым оказывать хроническое негативное влияние (через вегетативные нервные пути) на различные фазы пищеварительного процесса.

' Эти эмоции в силу своей асоциальной, агрессивной природы являются особенно подходящими для создания конфликта с окружающим миром, что в результате ведет к их вытеснению. Ощущениями физического удовольствия?

волевых, связанных с ранними формами питания (сосание), объясняется распространенность эмоциональных расстройств пищевых функций, когда конфликты затормаживают развитие генитальных функций. Подавляемые сексуальные желания в регрессивном виде выражены в виде приема пищи, и отказ от них проявляется в пищевых расстройствах.

I. Знание этих основных психологических фактов необходимо для понимания эмоционального фона невротических пищевых расстройств. Сложная организация психической жизни препятствует, однако, жестким схематическим обобщениям; каждый случай необходимо рассматривать индивидуально. Ввиду соображений практического характера различные заболевания будут обсуждаться в соответствии со стандартной клинической классификацией.

Нарушения питания *Нервная анорексия*

Периодическая или хроническая потеря аппетита широко распространена при психоневрозах и психозах, особенно при реактивных депрессиях, во время депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза и при шизофрении. Когда потеря аппетита является основным симптомом и отсутствуют сколько-либо заметные психотические проявления, часто ставят диагноз «нервная анорексия», хотя этот симптом является лишь одним из проявлений невротического расстройства личности в целом. При сильной анорексии у больного может наступить значительная потеря веса и тяжелое истощение. Этот симптом чаще всего проявляется у женщин, особенно у молодых девушек. Особое значение здесь имеет дифференциальная диагностика на предмет гипотиреоза, при которой расстройство аппетита является вторичным и обусловлено гипотиреозом.

Возможны отклонения, хотя выявить четкое различие, удается не всегда (Richardson — 1977).

Вне зависимости от того, как именно проявляется потеря аппетита у данного конкретного человека, результатом сниженного потребления пищи является значительная потеря веса, что может привести к тяжелому истощению. Потере аппетита часто сопутствуют или даже предшествуют остановка роста, прекращение менструаций;

повышенная утомляемость, выпадение волос под мышками, угасание сексуального желания и другие признаки нарушения функций эндокринной системы. Поэтому часто бывает сложно понять, чем обусловлен

симптоматика: голоданием или сниженной ак-

тивная

тивностью передней доли гипофиза.

Передняя доля гипофиза вырабатывает гормоны, ответственные за стимуляцию общего роста тела, половых желез (гонад) и щитовидной железы. При нехватке этих гормонов возможна остановка роста, а также прекращение активности половых и щитовидной желез. В результате прерывается менструальный цикл у женщин, а у мужчин

развивается импотенция. Сниженная активность щитовидной железы приводит к замедлению обмена веществ и к ослаблению аппетита. Поскольку активность всех клеток, включая клетки передней доли гипофиза, в значительной степени зависит от поступления в организм адекватного количества калорий, витаминов и минералов, относительное голодание может вызывать сокращение секреторной активности передней доли гипофиза. Подтверждением этого могут служить результаты экспериментов с животными, подвергавшимися голоданию, а также сведения о прерывании менструального цикла у женщин и импотенции у мужчин вследствие недостаточного питания.

При исследовании карликовости у детей (Talbot и др., 232) наблюдалось снижение роста как следствие анорексии по причине эмоциональных расстройств. "Ряде случаев эмоциональная коррекция сопровождалась улучшением аппетита и даже ощутимым ускорением темпов роста. Другие же дети никак не реагировали на изменение режима питания, но при этом давали реакцию на введение гормона роста. Таким образом, очевидно, что активность передней доли гипофиза может зависеть при уменьшении количества поступающих гормонов. Этим объясняется трудность дифференциации между первичной недостаточностью передней доли гипофиза и вторичной вследствие голодания.

Голодание может вызывать отклонения в поведении, напоминающие характерную симптоматику, наблюдающуюся у пациентов с нервной анорексией. При наблюдении за пациентами, проходящими курс лечения голодания, Шиле и Брозек (Schiele и Brozek, 206) отметили психологические нарушения, сходные с теми, которые наблюдаются у больных с нервной анорексией. Возможно, что первоначально анорексия развивается на фоне какого-либо психологического нарушения, в итоге получается порочный круг, вследствие которого может происходить снижение активности различных эндокринных желез.

Таким образом, получается, что, поскольку взаимодействие между психикой и эндокринной системой отличается высокой степенью тонкости и сложности, бесполезно пытаться строгим образом установить «первичный» фактор. У наблюдавшейся мною 28-летней женщины с тяжелой нервной анорексией в качестве вторичного симптома вследствие голодания возникли аменорея, и менструации возобновились только после выздоровления. В результате гинекологического обследования у пациентки была выявлена инфантильная матка. В работе Рахмана и др. (Rahman, Richardson и Ripley, 184) описано двенадцать подобных случаев, в том числе четыре с неразвитой и пять с атрофированной маткой. Подобный статус, по-видимому, наиболее характерен для пациентов с пониженной гормональной активностью половых желез. 4

Упорный отказ некоторых младенцев от груди сразу после рождения, по-видимому, может рассматриваться как

ранний прототип анорексии. Здесь мы имеем дело с сопротивлением организма процессу адаптации, необходимой при рождении вследствие изменившихся условий. Некоторые организмы обладают низкой гибкостью при переходе от внутриутробного существования к постнатальному, обнаруживая множество физиологических дисфункций по причине задержки адаптации. Другим

примером подобной задержки является желтуха новорожденных, при которой печень функционирует таким же образом, как во время внутриутробного периода (Cserna — 53).

У более старших детей и взрослых эмоциональные факторы выявляются при тщательном психиатрическом обследовании в качестве причины потери аппетита, не обусловленной дисфункцией передней доли гипофиза. Даже при поверхностном психиатрическом обследовании можно обнаружить множество различных невротических тенденций. Рахман, Ричардсон и Рипли выделяли обсессивные, депрессивные, шизоидные черты и определенные компульсивные тенденции, такие, как перфекционизм, упрямство, сверхсознательность, аккуратность, чувствительность и чрезмерное честолюбие. Ричардсон (Richardson — 187) и Фаркуарсон (Far-quharson — 82) в качестве основной причины отмечали Психоневроз. Более ранние авторы, Галл (Gull — 107) и Лесаж (LasHgue — 135), признавали этиологическую значимость влияния психологических факторов. Существенные психодинамические факторы стали очевидны ^лько после того, как стал использоваться психоанали-^ческий метод.

Психоаналитическое наблюдение показывает, что ^Новными факторами при анорексии являются ,бессо знательные агрессивные собственнические импульсы, такие, как зависть и ревность. Эти импульсы, в случае если они подавляются сознанием, могут вести к тяжелым пищевым нарушениям. Ясно, что, поскольку принятие пищи должно приносить удовлетворение, созна-. ние вины может так расстроить аппетит, что пациент не сможет разрешать себе получение удовольствия от насыщения. Этот принцип иллюстрируется тем фактов, что пост является распространенной формой покаяния. Более того, анорексии может предшествовать очень сильная потребность в еде, порой доходящая до уровня бу-,
лимии.

.&•

Другим распространенным психологическим фак-Ц тором, встречающимся у больных с анорексией, явля-э ется бессознательная реакция злости. Под влиянием своего симптома пациент ведет себя, как обиженный ребенок, отказывающийся есть, чтобы родители начали беспокоиться и уделять ему особое внимание. Нижеприведенный случай демонстрирует наиболее распространенные эмоциональные факторы, лежащие в осно-го ве нервной анорексии. Д,

У 8-летней девочки во время летних каникул разви-^ лась тяжелая анорексия. Ребенок отказывался практически от любой еды, каждый прием пищи представлял собой сцену насилия, в результате чего ее заставляли проглотить несколько кусочков. Она потеряла в весе, И вскоре стали появляться клинические признаки истощения. Педиатр прописал стандартные укрепляющие средства и совершенно упустил из виду эмоциональные факторы. После того как психиатр завоевал доверие ребенка, раскрыть эмоциональный фон данного состояния оказалось нетрудно. У девочки была младшая сестра, которой на тот момент было два года, ее кормила няня, обычно в присутствии матери, в то время, когда больная ела. В психиатрическом интервью выяснилось, что старшая девочка испытывала сильную ревность к своей младшей сестре. Эта маленькая самозванка поглощала все внимание родителей. Стало ясно, что главным мотивом отказа ребенка от еды

было ее желание привлечь внимание кормилицы и матери и отвлечь их от маленькой сестренки. С помощью своего упорного симптома она сумела этого добиться. Вторым мотивом было чувство вины. Она хотела получать всю любовь, забирая ее полностью у своей сестренки, и наказывала себя за свою ревность путем отказа от еды. Третьим фактором анорексии была злость по отношению к родителям, месть за то внимание, которое они уделяют ее сестренке. После проведения ряда психиатрических интервью, благодаря которым были излиты эмоции, переполнявшие девочку, и после того, как был изменен режим дня, опасный симптом сразу пропал. Родители стали брать девочку с собой в ресторан, и там она ела вместе с ними. Таким способом ее поощряли в качестве старшего ребенка, и это помогало ей спокойнее относиться к тому, что сестре уделяется много внимания. Теперь, имея преимущества старшего ребенка, ей было легче отказаться от преимуществ ребенка младшего возраста.

Аналогичные эмоциональные факторы можно обнаружить у большинства взрослых, хотя здесь картина может быть несколько более сложной. Оральные агрессивные и рецептивные тенденции часто эротизируются и связываются с фантазиями сексуального характера, такими, как, например, фелляция и куннилингус. Ассоциирование потребности в утолении голода с подобными чуждыми эго сексуальными импульсами также] может приводить к пищевым расстройствам. В детстве и даже в подростковом возрасте часто имеет место фантазия об оральном оплодотворении. Бессознательное желание беременности и фобическое неприятие такого] желая являются одной из весьма распространенных! эмоционально заряженных фантазий, являющейся причиной пищевых нарушений у молодых девушек. В отдельных случаях могут иметься также копрофилические тенденции.

Другие формы нарушений питания

J1

Некоторые больные не страдают потерей аппетита, но затрудняются есть в присутствии определенных людей. Нередко молодые девушки не могут есть в присутствии мужчин, к которым ощущают эмоциональную при-

вязанность. В таких случаях пищевое расстройство является менее генерализованным, возникает только при наличии высокоспецифичных условий и не связано с отсутствием аппетита. Несмотря на голод, пищевая активность больного снижена, и он чувствует смущение и страх. У таких больных обычно важную роль играют бессознательные сексуальные фантазии с агрессивной; коннотацией (желания, связанные с оральная кастрацией).

Сол (Saul) приводит следующий рассказ о пациентке, проходившей курс лечения в Чикагском институте психоанализа.

Привлекательная 26-летняя девушка жаловалась на то, что в течение последних шести лет она не могла есть в общественных местах, испытывая смущение, тревогу, тошноту и головокружение. Это создавало ей серьезную

помеху в социальном плане и в отношениях с мужчинами. В семье она была самой старшей из семи детей. Когда дети были еще маленькими, отец оставил всякие попытки прокормить семью, и они обеднели. Пациентка оставалась внешне веселой и жизнерадостной и вскоре стала зарабатывать деньги, но подсознательно она испытывала

сильную обиду на постоянные беременности матери, начинающиеся по вине ленивого, зависимого отца. С появлением каждого нового ребенка она все больше лишалась материнского внимания и все больше ей приходилось заботиться о пропитании своих братьев и сестер. Она выражала свои чувства с помощью еды. Самым трогательным выражением любви для нее было подарить что-нибудь съедобное, а если она во сне нападала на людей, то кусала их. Ее вытесненная обида на мать привела к необъятному чувству вины. Эта вина была связана с едой и с сексуальностью, которые в результате подавлялись. Пищевая фобия началась, когда ее позвал на обед молодой человек, к которому, как она думала, ее мать плохо относилась. Она могла спокойно есть только то, что приготовила дома ее мать, поэтому она делала только то, что советовала ей ее мама; тогда она получала одобрение и любовь матери, и ее обида и чувство вины редуцировались.

При более генерализованной анорексии и при более специфическом невротическом снижении пищевой активности причина может быть раскрыта с помощью психоанализа. Здесь необходим квалифицированный подход. Неадекватные психотерапевтические средства, такие, как агрессивное пищевое принуждение пациента, Могут быть столь же опасны, как искусственное питание. Пост, налагаемый пациентом на самого себя, —

это средство облегчения глубоко сидящего чувства вины, и снятие симптома без систематической психотерапии может спровоцировать еще более разрушительные ауто деструктивные тенденции, такие, как попытки самоубийства (Richardson — 187). Медикаментозная терапия или инъекции инсулина могут рассматриваться только в качестве симптоматического средства.

Булимия

Если у больного с анорексией происходит снижение аппетита вследствие бессознательных эмоциональных факторов, то при булимии теряется всякое чувство меры в отношении аппетита. Крайне редко роль в возникновении булимии играют органические факторы, как при гипертиреозе, когда чрезмерный аппетит является результатом ускоренного обмена веществ. При психогенной булимии сильный голод не является выражением возросшей потребности организма в пище; еда становится замещающим удовлетворением фрустрированных эмоциональных потребностей, не имеющих ничего общего с процессом питания. Множество различных эмоциональных факторов описано последователями психоанализа (Wuiff — 259; Schmied — 207; Coriat — 50;

Benedek — 27; и др.). Все они сходятся в том, что пищевое расстройство обычно является реакцией на эмоциональную фрустрацию. Сильная жажда любви и агрессивные тенденции к инкорпорации, или обладанию, формируют бессознательную основу для патологически чрезмерного аппетита. Бессознательные женственные сексуальные тенденции, фантазии о беременности и желания, связанные с кастрацией, могут также играть важную роль. Возникающая тучность часто служит за

щитой от женственной роли, которую пациент отвергает в силу ее мазохистской коннотации. Частота возникновения нервной анорексии у пациентов, страдавших от булимии, демонстрирует тесную связь между двумя этими состояниями.

Как и при других психогенных расстройствах аппетита, только психотерапия может выявить причины расстройства. Целями терапии является доведение до сознания вытесненного эмоционального напряжения, что позволяет найти для него адекватное и приемлемое выражение в сфере человеческих взаимоотношений. Как и все психогенные расстройства процесса питания, булимия — это лишь один симптом в картине невротического расстройства личности в целом.

Неврогенная рвота

При анорексии подавляется функция интернализации, тогда как у больных с неврогенной рвотой интернализированная пища выходит обратно вследствие эмоционального конфликта. С помощью психоаналитического метода обычно возможно обнаружить сильное чувство вины, возникающее под влиянием агрессивных, захватнических, инкорпорирующих мотивов. Неврогенная рвота является выражением чувства вины, вызванного этими желаниями. В ней проявляется тенденция к тому, чтобы вернуть все, что больной инкорпорирует в своих бессознательных фантазиях. Если больной с анорексией не может принимать пищу вследствие чувства вины, то пациент с неврогенной рвотой возвращает уже интернализированную пищу вследствие агрессивного символического значения акта приема пищи. Этот механизм был ясно продемонстрирован Левиным (137)

на примере хронической рвоты. Бондом (33) также наблюдалась невротическая рвота, при которой важную роль играло сознание вины. Другим часто отмечаемым фактором является отрицание бессознательного желания забеременеть. Приведем случай, описанный Мас-серманом.

Интеллигентная 30-летняя женщина обратилась к психоаналитику с жалобами на то, что в течение последних двенадцати лет при попытке познакомиться с мужчинами вне своего дома она всякий раз страдала от менструальных нарушений, повышенной чувствительности к еде, слабовыраженной анорексии и, в частности, тошноты и рвоты. Из-за этого ей пришлось отказаться от развлечений и культурного досуга, и она практически потеряла надежду на замужество. В процессе психоанализа выяснилось, что на больную имела сильное влияние ее экспансивная, амбициозная, а иногда и деспотичная мать, чьей благосклонности она пыталась добиться своей преданностью, стремлением к успехам в музыке и учебе и позднее оказанием финансовой поддержки семье. Эти попытки добиться благосклонности были поставлены под угрозу в период позднего детства, когда она сделалась любимицей доброго, но слабовольного отца, и ревнующая мать начала открыто пренебрегать ею и оказывать предпочтение трем старшим сестрам. К несчастью, реакцией больной на психотравмирующую ситуацию стала сильнейшая фиксация оральной зависимости на фигуре матери и подавление всех сексуальных стремлений, которые, как она опасалась, могли усилить враждебность матери по отношению к ней. Сексуальный запрет в сочетании с инфантильной фиксацией больной на своей матери привел к нарушению питания. Поскольку мать изначально была кормильцем семьи, вина и страх по отношению к матери вели к отторжению проглоченной пищи. К примеру, больная помнила, что уже в возрасте десяти лет ее вырвало, когда на вечеринке мальчик принес ей еду. В то

же время больная начала отставать в учебе, занятиях музыкой, у нее ухудшилась социальная адаптация, и таким образом ей удалось реализовать свою амбивалентную установку по отношению к матери, расстроив ее честолюбивые планы. За пять лет до начала психоанализа, когда чувство вины больной усилилось из-за тревожащих ее ухаживаний со стороны поклонника, менструальные нарушения, анорексия, тошнота, повышенная пищевая чувствительность и рвота возросли до такой степени, что она потеряла 28 фунтов за несколько месяцев и была вынуждена лечь в клинику для постановки диагноза. Терапевтические, лабораторные и рентгенологические данные были в норме, и больной посоветовали прекратить медикаментозное лечение и вести более активную и нормальную жизнь. Важно, что больная неверно истолковала эту рекомендацию как поощрение собственной сексуальности и поэтому, заручившись поддержкой матери и следуя ее советам, завела роман с сыном своего работодателя. В течение семи месяцев, пока длился этот роман, болезненные симптомы прекратились, хотя она оставалась до некоторой степени фригидной и ей по-прежнему было трудно есть в присутствии своего любовника. Однако, когда он в итоге бросил ее, чтобы жениться на другой, невротические симптомы возобновились, и больная, отказавшись от каких-либо дальнейших попыток адаптироваться к гетеросексуальной Жизни, вернулась к матери. В течение первого года психоанализа больной с большим трудом удалось осознать «Вок» чрезмерную зависимость от матери и наличие осно ванного на чувстве тревоги запрета на оральные инкорпорирующие, агрессивные и генитальные желания. Позднее активность больной во внесемейной, социальной и гетеросексуальной сферах повысилась, и с тех пор свойственная ей ранее симптоматика проявлялась лишь изредка и в легкой форме.

Неврогенную рвоту, равно как и другие желудочно-кишечные невротические симптомы, следует считать лишь одним из проявлений общего психоневротического расстройства. Эмоциональный фон здесь близок к эмоциональному фону пищевых невротических расстройств, к тому же применяется аналогичный терапевтический подход. Симптом сам по себе, вне невротического расстройства личности в целом, часто можно победить с помощью внушения или гипноза, убеждения, лечения покоем и седативных препаратов. Поскольку эти терапевтические средства не устраняют причину, они рекомендуются только в том случае, когда хроническая рвота настолько неотступна, что требуется неотложная помощь. Устранение отдельного симптома, однако, не свидетельствует об излечении невроза, который, после того, как рвота прекращена, может проявляться в менее заметных, но не менее важных симптомах или в патологическом поведении.

2. РАССТРОЙСТВА АКТА ГЛОТАНИЯ **Спазм пищевода**

Если при анорексии и других нарушениях питания подавляется акт приема пищи сам по себе, а в случае неврогенной рвоты проглоченная пища не удерживает- Д ся в желудке, то при спазме пищевода нарушается акт |

глотания. Больной ощущает, что пища встала поперек горла и не может проглотить ее. У некоторых больных вне зависимости от глотания возникает субъективное ощущение инородного тела, обычно в верхней части пищевода — истерический комок в горле (*globus hystericus*).

Кронфельд (134) на основе систематического психиатрического исследования выделил два типа спазма пищевода: сенсорно-гипералгезический и рефлекторно-спастический типы. Сенсорно-гипералгезический спазм часто сочетается с локальными поражениями пищевода, чего не наблюдается в случае рефлекторно-спастического спазма. Эмоциональной основой этих симптомов является бессознательный отказ от инкорпорации, которая вследствие агрессивных импульсов, часто сексуального характера (желания, связанные с кастрацией), ассоциируется с приемом пищи и глотанием. Кронфельд попытался охарактеризовать эмоциональный фон, наблюдаемый при анорексии, при спазме пищевода и при истерической рвоте. Он сравнил человека, страдающего спазмом пищевода, с авантюристом, поскольку и тот и другой отваживаются завладеть желаемым объектом и подвергаются воображаемой опасности. Пациент с анорексией просто отказывается есть, а при истерической рвоте реакция возникает уже после совершения преступления, символическим выражением которого является прием пищи. Кронфельд обнаружил, что важную роль в этом расстройстве играет отвращение. Он определяет отвращение как сочетание Искушения и отторжения на фоне амбивалентной установки по отношению к инкорпорации. Наблюдения Кронфельда до сих пор нуждаются в

подтверждении, хотя они в точности соответствуют основным психологическим данным относительно приема пищи и акта глотания.

Кронфельд подчеркивает необходимость быстрого облегчения боли при тяжелом спазме пищевода, рекомендуя поэтому использовать любой метод, устраняющий этот симптом, к примеру спазмолитические препараты, диатермию и быстрые эффективные формы психотерапии.

,S

Как и в случае других расстройств, даже после устранения симптома следует применять психоаналитический подход для разрешения более глубоких эмоциональных нарушений личности в целом, так как спазм пищевода является всего лишь одним из многих проявлений этих нарушений.

Кардиоспазм

Отчетливо выраженным нарушением глотательной функции является кардиоспазм — термин введен фон Микуличем в XIX веке. Кардиоспазм состоит в сокращении нижней части пищевода и приводит к расширению центрального участка. На материале психосоматического исследования девяти больных Эдвард Вайс (240) пришел к выводу, что этиология кардиоспазма сочетает в себе соматическую предрасположенность и эмоциональную импульсивность. Он отнес кардиоспазм к разряду конверсионных истерий и предположил, что с помощью кардиоспазма выражается бессознательное символическое значение, которое может быть сформулировано так: «Я не могу проглотить эту ситуацию». Симптом возникает тогда, когда больной обнаруживает себя в эмоциональном тупике по отношению к внешней

ситуации. На более глубоком уровне этиологическое значение имеют сексуальные, враждебные и интрапунитивные тенденции. Здесь Вайс рекомендует комбинируемый подход, сочетающий дилатацию с психотерапией. Он особо подчеркивает

эмоциональный аспект психотерапевтического вмешательства. Вайс наблюдал больного, у которого развилась депрессия вскоре после дилатации.

3. РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Невроз желудка

При неврозе желудка возникает симптоматика, в основе которой лежат нарушения секреторной и моторной функций желудка и двенадцатиперстной кишки. Часто бывает сложно провести различие между нейро-генными (центральными) и органическими (периферическими) факторами. Многие функциональные желудочные симптомы вторичны и вызваны наличием вредных привычек, имеющих отношение к питанию. Такие привычки, как недостаточное прожевывание пищи, слишком быстрое глотание, заглатывание воздуха, неумеренность и неразумный выбор пищи часто являются выражением эмоционального конфликта, вследствие чего подобные расстройства также можно рассматривать как психогенные. Чрезмерная нагрузка на желудок под влиянием подобных привычек в течение длительного времени может приводить к локальным поражениям желудка (гастритам). Из-за чрезвычайного разнообразия и сложности симптоматики дифференциация между психогенными (функциональными) и локальными (органическими) факторами становится невозможной. Желудочные нервные расстройства могут проявляться в виде легкого недомогания после еды, изжоги, потери аппетита и отрыжки вплоть до тяжелой гастралгии и неустрашимой рвоты. Физиологическая основа этих симптомов так же разнообразна, как и сами симптомы. Гипохлоргидрия часто возникает при депрессивных состояниях и на фоне утомления. Хроническая гипохлоргидрия и сопутствующая ей симптоматика часто наблюдаются при таком психологическом фоне, который характерен для пептической язвы. Сравнительные клинические исследования, проводившиеся в Чикагском институте психоанализа, показали, что у всех больных, страдающих психогенными желудочными расстройствами, доминирующую роль играет вытесненное стремление к зависимости и поиску помощи. Сильная фиксация на ранней младенческой зависимости вступает в конфликт со взрослым эго, ущемляя чувство собственного достоинства; и, пока эта зависимая установка находится в противоречии с желанием независимости и самоутверждения, ей приходится быть вытесненной (Alexander и др. — 14). Этот конфликт особенно бросается в глаза при пептической язве (см. стр. 102, 103).

Все эти функциональные желудочные симптомы, на которые влияют тревоги, страхи, семейные ссоры и неудачи в делах, часто встречаются в медицинской практике. Как показал опыт последней войны, дополнительными причинными факторами являются продолжительное перенапряжение и высокая степень риска. Общим знаменателем этих эмоциональных напряжений является сильное желание отдыха, защищенности и помощи. Соответственно положительная динамика невротических желудочных симптомов может быть успешно достигнута путем отдыха, смены обстановки и

освобождения от эмоционально напряженных жизненных ситуаций. Симптомы могут не поддаваться никакой лекарственной терапии до тех пор, пока больной подвергается стрессу повседневной жизни. На отдыхе или в санатории тот же самый больной может

продемонстрировать быстрое восстановление, пренебрегая предписанным режимом и диетой без каких-либо негативных последствий. Тем не менее лечение отдыхом или смена обстановки может рассматриваться только как симптоматическое средство, поскольку при этом не разрешаются лежащие в основе патогенные эмоциональные конфликты. Многие пациенты продолжают свою профессиональную и социальную деятельность и не могут постоянно оставаться изолированными от повседневной реальности. Поэтому в серьезных случаях показана систематическая психотерапия, направленная на решение базовых проблем личности в целом. Желудочную симптоматику приходится рассматривать только как индикатор личностного расстройства, лежащего в основе этих невротических проявлений. Чрезмерное внимание, уделяемое этим симптомам, только поддерживает уход невротика от эмоциональных нарушений, лежащих в основе этих симптомов, и, таким образом, способствует сохранению расстройства. Долг врача в таких случаях предписывает обратить внимание пациента на вторичность физиологических симптомов и противостоять его бегству в болезнь, принуждая к тому, чтобы он прошел психотерапию, благодаря которой получит возможность уладить свои эмоциональные проблемы. Те ситуации, в которых применение этой стратегии не рекомендуется, мы обсудим в главе, посвященной терапии.

Пептическая язва

Роль эмоциональных факторов в образовании пептической язвы приобретает все большее значение. Самые последние исследования дают подтверждение разрозненных наблюдений многих врачей, долгие годы подозревавших, что психогенные факторы играют важную роль в этиологии данного расстройства. Фон Бергман (Von Bergmann — 30) и Вестфаль (Westphal — 246) пришли к выводу, что пептическую язву зачастую можно рассматривать как «наименее неприятное осложнение» из всех длительных функциональных желудочных неврозов.

То, что функциональное расстройство органа может со временем приводить к структурным (органическим) изменениям тканей, является этиологическим фактом первостепенной важности, который может явиться решением многих этиологических загадок современной медицины. Об этом также подробно говорилось в 6-й главе.

Применяя гастроскоп Вольфа-Шиндлера, Тэйлор (Taylor — 234) наблюдал, что пептическая язва может развиваться в желудке, в котором уже имеют место диффузные гиперпластические изменения слизистой оболочки (гиперпластический гастрит). Однако вполне вероятно, что такие гиперпластические изменения сами по себе являются результатом длительного функционального расстройства (гиперхлоргидрии). Поэтому этиологическое затруднение заключается в том, чтобы установить происхождение этого хронического функционального расстройства.

Различные авторы указывают на то, что некоторые типы личности в большей степени предрасположены к

пептической язве, нежели остальные. Альварес (Alvarez — 19) описывает деятельного и предприимчивого еврейского бизнесмена как тип, особенно предрасположенный к данному расстройству. Гартман

(117) описывает тип язвенника как человека, который «сталкивается с препятствиями, являющимися для него тем испытанием, которое он, следуя своей природе, должен суметь преодолеть». Он утверждает, что у китайских кули и у южноамериканских индейцев никогда не бывает язвы, и объясняет это стоическим, почти апатичным отношением к жизни и отсутствием устремлений и амбиций, которое характеризует данные расы. Согласно Гартману язва — это болезнь цивилизованного мира, которая затрагивает в основном амбициозных и целеустремленных мужчин западного общества. Дрэйпер (Draper) и Турэн (Touraine) (70) обнаружили, что для их пациентов является типичным отрицание бессознательных феминных тенденций, тех самых, которые согласно психоаналитической теории описываются как орально-пассивные и орально-агрессивные импульсы. Свои психологические исследования авторы дополняют антропологическими измерениями и описывают язвенный тип, который психологически можно охарактеризовать наличием маскулинного протеста и отрицания феминных тенденций, а анатомически — как человека астеничного и долговязого.

Исследования, проводившиеся в Чикагском институте психоанализа, показали, что желудочные симптомы и даже пептические язвы чаще формируются при некоторых определенных типах личности, но исключения, с которыми мы сталкивались на раннем этапе исследований, не дают нам повода считать подобное обобщением

не обоснованным. Язвенного больного характеризует не столько какой-то определенный тип личности, сколько; | ко *типичная конфликтная ситуация*, которая может | сформироваться практически при любом складе личности. Было замечено, что желание остаться в зависимой инфантильной ситуации — быть любимым и получать заботу — входит в конфликт со стремлением взрослого это к независимости, совершенству и самодостаточности! Эти конфликтные тенденции взаимно усиливаются;

При открытом поведении многие больные с пептической | кой язвой демонстрируют преувеличенно агрессивные, амбициозные и независимые установки. Они не любят принимать помощь и нагружают себя всевозможными обязательствами — тип, который часто можно встретить среди преуспевающих бизнесменов. Такова их реакция на очень сильную, но неосознаваемую зависимость. Продолжительная борьба и чрезмерная ответственности усиливают стремление к зависимости. В глубине души язвенный больной бессознательно стремится к защищенному существованию маленького ребенка. Он тщательно скрывает эту зависимую установку от самого себя и подавляет ее, так что она не находит своего выражения в открытом поведении и в личных отношениях. Подавленное желание любви — это бессознательный психологический стимул, непосредственно связанный с физиологическими процессами, ведущими в итоге к образованию язвы. Это желание является причиной благотворного влияния лечения отдыхом, во время которого больной освобождается от постоянной ответственности и ежедневной борьбы. После того как симптоматика становится угрожающей или происходит кровоизлияние, больной может открыто выразить желание

снять с себя ответственность, и тогда ему уже не нужно больше

подавлять в себе это желание. Серьезное органическое заболевание как бы оправдывает такую слабость.

Но не все больные, страдающие от пептической язвы, осуществляют гиперкомпенсацию желания зависимости, изображая бурную деятельность, принимая лидерскую позицию и взваливая на себя груз ответственности. У многих из них жажда зависимости является неприкрытой. У таких пациентов зависимые тенденции фрустрируются не внутренним отказом, а внешними обстоятельствами. Получается, что решающим фактором в патогенезе язвы оказывается фрустрация желания зависимости, стремления к помощи и потребности в любви. Когда эти желания не находят удовлетворения в человеческих взаимоотношениях, образуется хронический эмоциональный раздражитель, специфическим образом воздействующий на функционирование желудка.

Такая точка зрения, которая возникла в процессе первых исследований желудочно-кишечного тракта, проводившихся Чикагским институтом психоанализа, была подтверждена дальнейшими исследованиями. У значительного числа больных пептической язвой, проходивших здесь психоанализ, заметное место занимали фрустрируемые оральные желания. Ван дер Хейде (Van der Heide) (237) подробно описал два таких случая; еще один случай, вкратце упоминаемый на стр. 113-114, был описан Александером (13). Капп, Розенбаум и Романо (Kapp, Rosenbaum, Romano) провели тщательное психодинамическое исследование 20 мужчин-язвенников (129). Было выявлено, что все эти больные являются

эмоционально незрелыми личностями, демонстрирующими сильное желание зависимости, которое возникает вследствие неприятия или избалованности в детстве. Язвенная симптоматика развивается как реакция на фрустрацию желания зависимости. У некоторых из них в качестве гиперкомпенсации желания зависимости выступали трудолюбие и амбициозность. Большинство, однако, были пассивными, женоподобными и отсюда выражали свои оральные желания. Авторы дела¹ют вывод, что «хотя конфликтная ситуация у всех муж¹чин с пептической язвой обладает сходными чертами, получающийся фасад личности может варьироваться от преувеличенной независимости до паразитической зависимости».

;

Фрустрация пассивной зависимой тенденции часто¹ провоцирует агрессивную установку, которая отличается от орально-пассивной установки, поскольку является орально-агрессивным импульсом. Не так давно Сас (Szasz) и др. (230) продемонстрировали влияние агрессивных инкорпорирующих импульсов на функции желудка у пациента, для которого фрустрация зависимости была, по-видимому, определяющим фактором, я

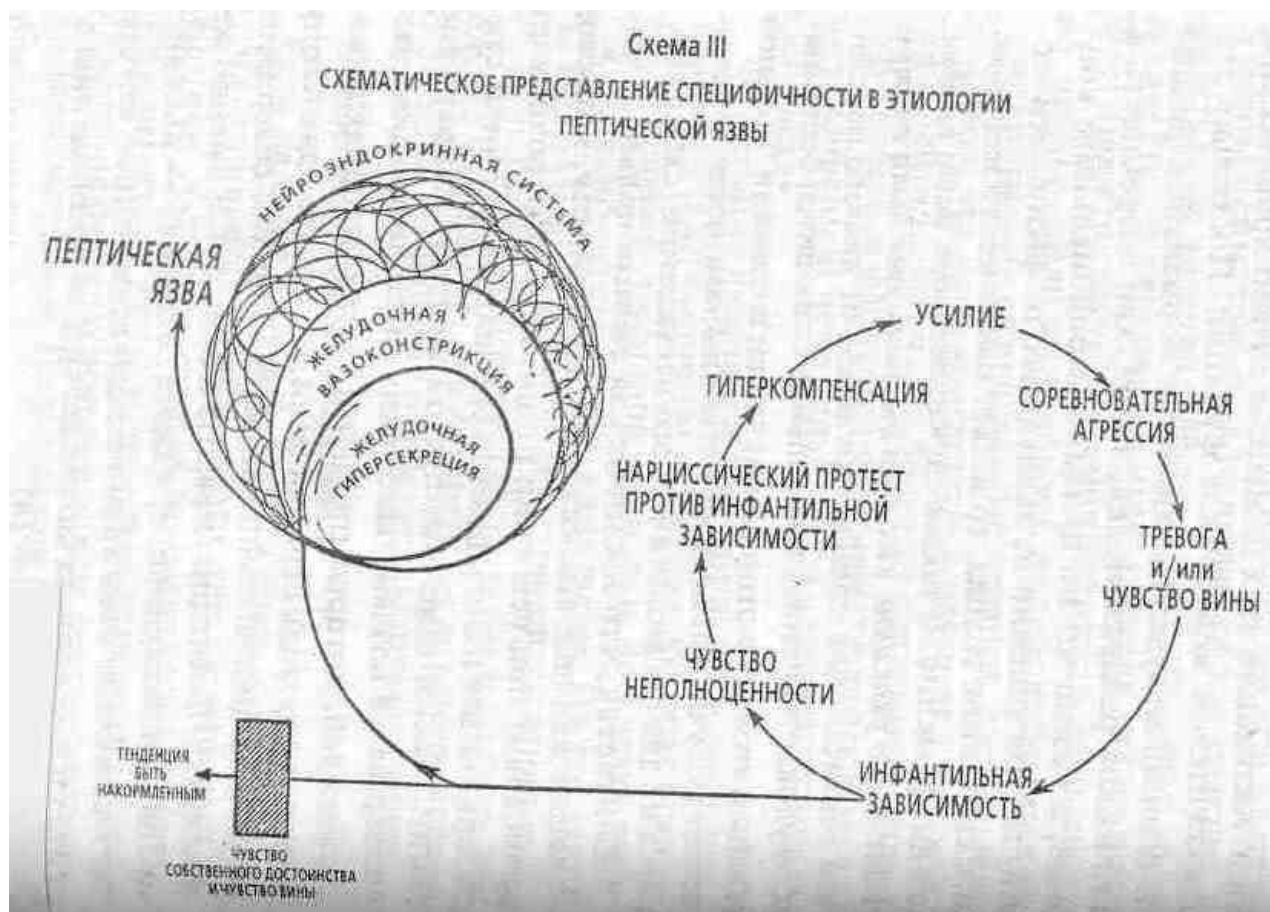
Психосоматические соображения

Если желание получать, быть любимым, зависеть от других отрицается взрослым эго или фрустрируется внешними обстоятельствами, не находя удовлетворения в контактах с людьми, то может возникать регрессия: желание быть любимым преобразуется в желание быть накормленным. Подавляемое желание получать любовь и помощь мобилизует желудочную иннервацию, которая с самого начала постнатального существования

ния тесно связана с наиболее примитивной формой получения чего-либо, а именно с процессом поглощения пищи. Активация этих процессов служит хроническим раздражителем желудочной функции. Поскольку эта стимуляция желудка не зависит от нормальных физиологических раздражителей, таких, как потребность в пище, а возникает по причине эмоционального конфликта, совершенно не зависящего от физиологического состояния голода, то может иметь место желудочная дисфункция. В таком случае *желудок дает продолжительную реакцию, как если бы пища уже была внутри*. Чем решительнее происходит отказ от любого пассивного удовлетворения, тем сильнее становится бессознательный «голод» в отношении любви и помощи. Больной желает получить пищу в качестве символа любви и помощи, а не для физиологического насыщения (схема III).

Считается, что хроническая эмоциональная стимуляция желудка аналогична тому процессу, который происходит при усвоении пищи. При этом возникает гиперкинезия и повышается уровень желудочной секреции. Таким образом, пустой желудок непрерывно подвергается воздействию таких физиологических раздражителей, которые при нормальных условиях действуют на него лишь периодически, — тогда, когда он готовится к принятию пищи или когда пища уже содержится в желудке. Симптомы невроза желудка — а именно же-| лудочный дискомфорт, изжога, отрыжка — являются Проявлениями этой хронической стимуляции, которая в отдельных случаях может вести к возникновению язвы (Alexander и др. — 14).

Тот факт, что не у всех пациентов с неврозом желуд^{ка} или хронической функциональной повышенной же пудочной секрецией возникает язва, указывает на возможность того, что конституциональная или приобретенная слабость желудка играет важную роль при развитии язвенного процесса.



Растет количество клинических и экспериментальных данных, подтверждающих описанную выше психосоматическую точку зрения. Альварес рассматривает хроническую стимуляцию пустого желудка как один из этиологических факторов при пептической язве. Этот аспект затрагивался также в экспериментах Зильбермана (212) с ложным кормлением собак. Производился искусственный разрез пищевода, и пища, прожеванная собакой, падала на пол, не достигая желудка; собака снова хватала пищу, и этот процесс повторялся — иногда целых три четверти часа. Настолько мощная стимуляция желудочной секреции пустого желудка согласно Зильберману обычно ведет к образованию язвы. Пациент с пептической язвой во многих отношениях сродни собаке в экспериментах Зильбермана; его желудок находится в состоянии хронической стимуляции, но не в результате принятия пищи, а вследствие подавляемой психологической потребности быть любимым, получать или агрессивно добиваться того, что не получается взять свободным образом. Поскольку эти желания подавляются и не высвобождаются естественным образом через произвольное поведение, возникает постоянное напряжение. Желание быть любимым, будучи тесно связанным с желанием быть накормленным, стимулирует желудочную активность через парасимпатические пути нервной системы.

Существует много экспериментальных данных, говорящих в пользу того предположения, что одним из

причинных факторов при формировании язвы может быть продолжительная секреция под воздействием хронических психологических раздражителей. Максимальная желудочная секреция имеет место в ночное время у больных, страдающих язвой

двенадцатиперстной кишки (Palmer— 178). Винкельштейн (Winkelstein — 252) выявил высокий уровень кислотности желудочного сока у язвенных больных, возникающий в качестве реакции на ложное (психическое) кормление, а также обнаружил, что у пациентов с язвой желудка или двенадцатиперстной кишки ночная кислотность выше, чем у здоровых испытуемых. При этом наблюдения показывают, что желудок пациента с пептической язвой обладает особой восприимчивостью к нервным раздражителям и что для всех язвенных больных характерна продолжительная желудочная секреция. Следовательно;

важнее не абсолютный уровень кислотности, а хроническое раздражение желудка и хроническая секреция желудочного сока.

<

Хроническое раздражение желудка, вызванное эмоциональным напряжением, влияет как на секреторные, так и на моторные функции. Специфическое влияние последних в процессе формирования язвы еще не до

г

конца изучено. Этиологическое значение здесь может иметь спазм пилоруса, вследствие которого кислотное содержимое удерживается в желудке более длительное время. Кровоснабжение желудка также может быть затронуто. Нехелес (Necheles — 175) вслед за Дэйлом и Фельдбергом (Dale и Feldberg — 54) обнаружил, что ацетилхолин, который под воздействием парасимпатической стимуляции выделяется стенками желудка, вызывает тканевую гипоксемию. Ацетилхолин воздейст

вует также на уровень кислотной секреции. В исследовании Нехелеса также нашли подтверждение результаты полученные Винкельштейном относительно повышенной по сравнению с нормой парасимпатической раздражимости язвенных больных.

Клинические данные Чикагского института психоанализа были подтверждены исследованиями Вольфа и Вольфа (Wolff и Wolf — 258). В этих исследованиях изучался больной, имевший постоянную желудочную фистулу, и было обнаружено, что когда он подавлял враждебные и агрессивные чувства в качестве реакции на незащищенность, то у него начинались гиперемия, гиперкинезия и повышенная желудочная секреция, тогда как при ощущении эмоционального комфорта его желудок функционировал нормально. Хотя авторы преимущественно рассматривали содержание осознаваемой части психики, вследствие чего они не воссоздавали подробно психодинамические ситуации, тем не менее в данных исследованиях ясно демонстрируется взаимосвязь между потребностью в защищенности и гиперактивностью желудочных функций.

Б. Миттельман и Х.Г. Вольфф (B. Mittelman и H.G. Wolff— 165) подвергали экспериментальному изучению влияние эмоций на желудочную активность. Они стимулировали возникновение острых эмоциональных Расстройств у нормальных испытуемых и у больных, Задающих от язвы, гастрита и дуоденита (26 испытуемых: 10 язвенных больных, 3 больных с гастритом и дуоденитом; 13 нормальных испытуемых). У всех испытуемых наблюдалось повышение секреции соляной кислоты, слизи и пепсина, а также усиление желудочной Перистальтики; но эти явления более отчетливо были

выражены среди больных испытуемых. У язвенных пациентов в ответ на создаваемое в условиях опыта стрессовое состояние, описываемое авторами как ощущение незащищенности, наличие тревоги, чувства вины и фру-

страции, часто возникала болевая реакция, начиналось усиленное выделение желчи и кровотечение. Было отмечено также, что в ситуациях, вызывающих чувство эмоциональной защищенности и уверенности, желудочные функции возвращались в нормальное состояние. "

Хотя важная роль эмоциональных факторов в этиологии пептической язвы в настоящее время признается практически всеми учеными, существует расхождение во мнениях относительно специфичности задействованных эмоций. Авторы, декларирующие клинический подход к проблеме (Kapp, Rosenbaum, Romano, Ruesch и др. — 129, 199) подчеркивают влияние орально-пассивной тенденции, которая проявляется либо как открытая зависимость, либо как отрицание этой зависимости.

Махл (Mahl) на основе экспериментального исследования собак подверг сомнению точку зрения, состоящую в том, что эмоциональные конфликты несут ответственность за повышенную желудочную секрецию (144). Согласно Махлу (Mahl) единственный достаточно обоснованный вариант наблюдения возможен при наличии стимулирующего воздействия хронического страха на желудочную секрецию и перистальтику. По его утверждению, это противоречит теории Кэннона, согласно которой страх вызывает симпатическую стимуляцию, которая тормозит, а не стимулирует желудочную активность. Статья Махла (Mahl) является примером концептуальной путаницы, которая случается время от

времени в области психосоматических исследований. Многие авторы, не имеющие опыта и практики в области психодинамики, практически полностью игнорируют достижения трех последних десятилетий и пытаются повернуть стрелки часов назад, к тем временам, когда соматические реакции тщательно изучались, а эмоциональные стимулы, вызывающие эти реакции, анализировались более поверхностно. Они описывают психологические факторы туманными терминами, такими, как нервный стресс, страх, тревога или просто как

общее эмоциональное расстройство.

Прогресс в этой области во многом обязан применению методологического постулата о том, что психологическая цепь событий должна анализироваться и описываться так же старательно, как и ее соматические последствия. По мнению Фрейда, тревога — это интернализированный страх, сигнал для эго о том, что мотив, вытесненный в бессознательное, готов всплыть в сознании и угрожает целостности эго. Функция тревоги аналогична функции страха, заключающейся в реагировании на внешнюю опасность и в подготовке эго для встречи с ней. Тревога выполняет эту функцию по отношению к внутренним (инстинктивным) опасностям. У эго существуют защитные механизмы для защиты от внутренних опасностей — гиперкомпенсация, вытеснение, проекция, вынесение тревоги вовне и помещение ее в рамки менее значимой ситуации (фобии), а также многие другие хорошо известные механизмы. То, какие именно из этих защит используются, зависит в

основам от структуры личности человека. Соматические реакции на тревогу видоизменяются в соответствии с характером применяемых психологических защит. Этот

171

момент подробно обсуждался на стр. 70—72. Одним из способов защиты от тревоги является отношение к внутренней опасности, как к внешней, и соответственно подготовка к тому, чтобы встретить ее с должным уровнем агрессии. При использовании этого типа защита могут возникать такие симптомы, как повышенное кровяное давление, учащенный пульс, повышенный мышечный тонус, и другие соматические проявления симпатической, или произвольной, нервной стимуляции. Имеет место также противоположная вышеописанной регрессивная реакция. Она заключается в наличии беси помощней установки, желании помощи и защиты. Для такого типа регрессивной реакции на тревогу и страх характерна повышенная желудочная секреция. Она является проявлением регрессии на уровне младенца, который зовет мать на помощь. Поскольку одним из первых переживаемых ребенком дистрессов является голод, который утоляется материнским молоком, желание быть накормленным становится наиболее примитивной реакцией на любой эмоциональный стресс.

По-видимому, описанного материала достаточно, чтобы показать, что при современном уровне наших знаний не имеет смысла вообще говорить о тревоге как о причине соматической симптоматики. Тревога приводит в движение различные психологические механизмы, сущность которых является одним из факторов, определяющих тип последующей физиологической реакции. Тревога, первое звено в этой цепи, сама по себе не является специфическим фактором. Каждый из нас справляется с тревогой своим собственным способом,

См. также комментарии Саса (Szasz) к статье Махла (Mahl),
п этом и состоит роль теории эмоциональной специфичности в этиологии вегетативных заболеваний.

i Окончательное подтверждение современных идей, касающихся роли психодинамических факторов в этиологии пептической язвы, могут дать исследования, позволяющие провести измерение желудочной активности на протяжении длительного периода времени и составить корреляцию этих измерений с сопутствующими или предшествующими эмоциональными факторами, возникающими в процессе повседневных жизненных ситуаций. Подобный научный подход был проявлен Мирски (Mirsky) и его коллегами (37, 163, 180). Эти ученые показали, что параллельно с желудочной секреторной активностью происходит выделение с мочой уропепсина (пепсиногена). Их результаты говорят о том, что уровень выделения уропепсина может служить критерием уровня желудочной секреции, таким образом, у пациентов с низким уровнем секреторной активности Уровень выделения уропепсина с мочой также будет низким, тогда как у больных с высоким уровнем желудочной секреторной активности уровень выделения уропепсина будет достаточно высоким. Посредством этой методики секреторная желудочная активность нормальных испытуемых и больных, страдающих язвой и Другими расстройствами, измерялась через различные промежутки времени вплоть до двух лет.

Одновременно с этим производилась регистрация значимых событий дня, такого рода информация достигалась с помощью дневников и интервью либо использовались материалы психоанализа. На основе этих исследований Мирски сделал вывод, что открытая злость, Фрустрация, негодование и множество других Доминирующих эмоций, осознаваемых испытуемым, не оказывают существенного влияния на уровень желудочной;

секреции. Однако была отмечена положительная взаимосвязь между нарастанием выделения уропепсина и, активизацией орально-пассивных и инкорпорирующих желаний, не осознаваемых испытуемым. Тогда, когда человеком осознаются злость, негодование или признаки тревоги, анализ психологического материала ясно;

показывает, что активизация желания получить помощь; или страха потерять зависимые отношения является существенным динамическим фактором, результатом которого становится усиление желудочной активности. , •

^" Терапевтические соображения у

Когда речь идет о лечении пептической язвы, перво- все терапевтическое соображение должно касаться симптоматического лечения.

Тезисы психоаналитической теории относительно патогенеза пептической язвы косвенно подкрепляются в недавней работе Драгстедта (Dragstedt, 66) по излечению язвы путем рассечения блуждающего нерва. Хотя эта операция уже была опробована в последние годы другими учеными, но лишь после исследования Драгстедта ваготомия стала общепринятым и эффективным методом лечения пептической язвы. Повышенная секреция желудочного сока в течение длительного времени, характерная для больных язвой двенадцатиперстной кишки, возникает при посредстве блуждающего нерва и прекращается после полного его рассечения (Dragstedt — 64, 65). Неполная ваготомия часто оказы-

вается неэффективной при лечении язвенного поражения ткани. Выполненная же должным образом, эта операция является одной из наиболее эффективных хирургических техник для лечения пептических язв.

Ваготомия и другие признанные хирургические методы, конечно, не могут решить психические конфликты пациента, представляющие собой первичное нарушение в цепи событий, в итоге ведущих к образованию язвы в верхней части пищеварительного тракта (Alexander — 10). По этой причине у больных, прошедших ваготомию, могут возникать другие, более или менее серьезные расстройства. Эта проблема исследована Сасом наряду с исследованием наиболее важных последствий ваготомии и описана в ряде публикаций (226, 227, 228, 229).

Психотерапия здесь имеет главным образом профилактическое значение. Ее целью в данном случае является предотвращение рецидивов. В большинстве случаев с момента появления функционального расстройства и до возникновения язвы проходит некоторое количество времени. Хроническая гиперхлоргидрия и другие желудочные симптомы являются первыми признаками нарушения нервной регуляции желудочных функций. В этот момент большой

ошибкой может стать сосредоточенность на локальной симптоматике и игнорирование личностных факторов.

Поскольку пептическая язва является хроническим [^]стоянием, в этом случае показана психотерапия в со-[^]тании с медицинским лечением заболевания. Язва [°]бычно развивается у людей с глубинным невротичес-[^]м конфликтом, который сам по себе требует психоа-Чализа. Психоанализ предлагает наилучший причиной подход к работе с эмоциональными составляющими [^]и формировании язвы. Психотерапия может разлиться по продолжительности, поскольку в отдельных

случаях может оказаться успешным активный и крат. ковременный курс психоанализа. |

В приведенном ниже отрывке из истории болезни показаны влияние психодинамических факторов, а также психотерапевтические аспекты вопроса:

Больной — студент университета 23 лет. Первое кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки было в возрасте восемнадцати лет. Ему предшествовал короткий период желудочного дискомфорта. Когда спустя пять лет он начал проходить курс психоанализа, у него уже была активная язва с соответствующими симптомами и результатами рентгенологического исследования. Наиболее бросающейся в глаза личностной особенностью больного была его исключительная небрежность, отражавшая высокую степень контроля над выражением эмоций. Отчасти это объяснялось страхом выглядеть слабым и мягким при проявлении каких-либо эмос ций. В детстве больной был тихим и послушным ребенком, в то время как его брат, который был старше на три года, проявлял агрессивные и независимые свойства характера. Хотя больной всегда хорошо учился, оц никогда не чувствовал себя в безопасности среди свои[^] сверстников. Он следовал по пятам за братом, общалс| с его ровесниками и всегда находился под защитой свое! го брата. Он проводил много времени со своими родин телями, сосредотачивавшими на нем свое внимание. Когда больному было тринадцать лет, его брат умер, а спус"? тя два года скончался его отец. Эти события сыграли решающую роль в его эмоциональном развитии. Посл<| смерти двух старших мужчин в семье мать обратила Нi больного всю свою потребность в зависимости. Она с< ветовалась с ним по поводу принятия каких-либо в.

•["if.

,х решений, вынуждая его стать заменой старшему finaTY и отцу — задача, к которой он не был готов эмо-ционально. Его небрежность и демонстрация невозмутимого спокойствия были не чем иным, как защитой от зависимости и незащищенности, которые стали непреодолимыми под влиянием гипертрофированных материнских ожиданий. Этот конфликт особенно заметно проявился в его отношениях с женщинами; он не позволял себе эмоционально включаться в ситуацию, имел только непродолжительные сексуальные связи и завершал отношения, как только женщина проявляла в "нем личную заинтересованность. Он страдал от преждевременной эякуляции. В самом начале терапии больной не осознавал в полной мере своей глубокой, зависимой привязанности, направленной сначала на мать, а позднее — на отца и старшего брата. Сознанием он понимал только то, что у него работают защиты от этих чувств. Эмоциональная

привязанность к женщине или к мужчине означала для него проявление слабости, и поэтому он убеждал себя и других в своей индифферентности и эмоциональной холодности. Эти зависимые желания стали постепенно осознаваться в ходе терапии. Сначала он увидел свое негодование по отношению к матери, которая вместо того, чтобы его поддерживать, стала опираться на него. Во сне, который приснился ему в начале ^рапии, он ехал на велосипеде со своей матерью; он Держал руль, но потерял управление, и они вместе упали. Мать ушиблась и, вероятно, умерла. В этом сне ясно Сражается предположение о лидерской роли по отношению к матери. В ходе курса психоанализа было извлечено на поверхность не только отрицание ответст- ^нности, но также и глубинное желание зависимости.

Последнее включало инфантильную привязанность к матери в сочетании с пассивной гомосексуальной уст^ новкой, изначально направленной на отца и старшего брата. Гомосексуальные желания гиперкомпенсиров^ лись путем агрессивного соперничества, но, когда этц защиты были осознаны, подавленная зависимость про. явилась открыто в установке на перенос. В это время он стал осознавать свою скрытую зависимую установку по отношению к матери, вследствие чего смог бороться с этим чувством на сознательном уровне вместо того, чтобы вытеснять и отрицать его, надевая на себя маску не» брежности. Постепенно он смог освободиться от излишней зависимости и принять более зрелую установку. Эти внутренние изменения коренным образом сказались на его отношении к женщинам. Он влюбился в молодую женщину и первый раз в жизни позволил себе длительные счастливые сексуальные отношения. Позднее он женился на ней. В то же время жалобы больного на желудок прекратились, и он смог нормально питаться, лишь изредка испытывая легкое недомогание. ^

Лечение этого больного длилось десять месяцев, Д за это время было проведено тридцать шесть сеансов В течение последующих трех лет он чувствовал себя хо^ рошо и только время от времени посещал терапевти-ческие интервью. У него было два небольших рецидива болезни: первый — вскоре после свадьбы, когда он уезжал в командировку за границу, интенсивно работал и вынужден был неправильно питаться; второй рецидив произошел за несколько недель до того, как его жена родила первого ребенка, в тот момент, когда его мать собралась выйти замуж. Он стал более напряженным, и ^ семейная жизнь осложнилась. Реакцией жены на ег< ^

раздражительную и требовательную установку стал эмоциональный уход в себя. Два случайно совпавших события всколыхнули в нем остатки прежней зависимой f привязанности к матери, которая частично переносилась им на жену. Ребенок создавал угрозу его зависимости от жены, а предстоящий брак его матери оживил

былую привязанность к ней. Е В ходе короткой серии консультаций он преодолел

эту вспышку старого конфликта и вновь обрел прежнее эмоциональное и телесное равновесие. Проблемная семейная ситуация, возникшая отчасти из-за реакции жены на своего первого ребенка, также постепенно наладилась. Во время последней консультации его жалобы ограничивались наличием временами легкого желудочного недомогания по утрам после просыпания. Он нормально питался;

медикаментозное лечение было ограничено ежевечерним приемом атропина.

В данном случае личностные изменения, достигнутые в ходе психоанализа, были отчетливо выражены. Состояние желудка значительно улучшилось; патологический процесс был явным образом остановлен, но в принципе серьезное повреждение органа может оказаться не восстанавливаемым до конца.

Характерные динамические паттерны при желудочной гиперфункции

I. Фрустрация орально-пассивных желаний — орально-агрессивная реакция — чувство вины — тревога — гиперкомпенсация оральной агрессии и зависимости путем успешного выполнения ответственной деятельности — усиление бессознательных орально-зависимых желаний в качестве реакции на чрезмерную нагрузку и концентрацию — повышенная желудочная секреция.

II. Продолжительная фрустрация орально-пассивных желаний — подавление этих желаний — повышенная желудочная секреция.

4. НАРУШЕНИЯ ВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ Психология выделительных функций

В эмоциональной жизни младенца выделительные функции играют наиболее важную роль после поглощения пищи. Так же как и питание, выделительные функции начинают ассоциироваться с определенными типичными эмоциональными установками в ранний период жизни. До прихода психоанализа психология этих функций была совершенно неизвестна или игнорировалась. Эта тема, и в частности ее психологические аспекты, опускалась не только в светских беседах, но также в научных работах и даже в медицинских исследованиях. Было накоплено значительное количество психоаналитической литературы на эту тему, охватывающей данные, собранные за тридцатилетний период подробных наблюдений.

Желание защищенности и желание получать или брать силой то, что нельзя получить свободно, быть любимым, опираться на кого-либо, наиболее тесно связаны с инкорпоративными аспектами питания, тогда как акт выделения в ранний период жизни связан с собственническими эмоциями, чувством гордости за содеянное, с тенденцией давать и тенденцией удерживать. С выделительными функциями связаны также определенные типы враждебных импульсов (разрушение, загрязнение).

Ощущения удовольствия, связанные с грудным кормлением, прекращаются очень рано. В качестве реакции на отнятие от груди ребенок начинает сосать палец, чему родители обычно стараются воспрепятствовать. Затем ребенок обнаруживает, что похожие приятные ощущения можно испытывать с другой стороны пищеварительного тракта, удерживая экскременты. Здесь также твердое тело стимулирует слизистую оболочку полого органа. Взрослым сложнее помешать ребенку осуществлять этот тип удовольствия, вследствие чего у ребенка развивается чувство независимости, которое вскоре начинает ассоциироваться с актом дефекации. Однако он теряет свою власть над функцией дефекации в процессе приучения к горшку, когда взрослый учит его опорожнять кишечник через равномерные промежутки времени. Для ребенка вести себя подобным образом означает уступить желанию взрослых; его принуждают расставаться со своими экскрементами, не когда он этого

хочет, а когда взрослые сочтут нужным, взамен он получает похвалу, любовь, а иногда и нечто материальное, например леденец. Таким образом экскременты начинают быть связанными с идеей обладания. Этим объясняется их тесная связь с деньгами, являющаяся одним из наиболее бесспорных фактов, открытых психоанализом. Каждый акт дефекации оценивается ребенком как некий дар взрослым, такая установка часто усиливается посредством живого интереса, проявляемого матерью в отношении экскрементов ребенка. (Немецкое выражение, обозначающее Очищение кишечника ребенком, «Bescherung», дословно означает «подарок».)

Первоначально у ребенка имеется копрофилическая установка по отношению к своим экскрементам. Экскремент — это ценная собственность, источник удовольствия и нечто такое, что может быть обменено на другие ценности. Такая копрофилическая установка тем не менее подавляется в процессе воспитания и меняется на противоположную, на отвращение и обесценивание, что становится основой для садистической агрессивно-загрязняющей коннотации акта дефекации. Экскремент становится орудием загрязнения, и акт сам по себе приобретает обесценивающее значение. Примером служат уличные мальчишки, которые вызывающе показывают задницу, сопровождая это агрессивным приглашающим жестом. Позднее все эти эмоциональные связи, в большей или меньшей степени, исчезают из сознания человека, но остаются глубоко в основе эмоциональной жизни и могут затем проявляться в виде невротических симптомов у психически больных и даже в сновидениях у нормальных людей.

Особенностями этих ранних стадий эмоционального развития объясняется тот факт, что функция дефекации оказывается связанной с чувством выполненного долга, с дарением или разрушением, а также то, что экскремент становится символом обладания. Для понимания психологической основы обоих видов расстройства функции дефекации, психогенной диареи и психогенного запора, познания в области эмоционального развития имеют первостепенное значение.

Хроническая диарея, спастический колит, слизистый колит

До сих пор не решен вопрос о том, являются ли эти различные формы кишечного расстройства разными стадиями или различными проявлениями одного и того же

основного состояния. Нет сомнения в том, что эмоциональные факторы играют важную роль во всех этих расстройствах. Иногда эмоциональные факторы могут иметь основополагающее этиологическое значение. В других случаях они только усиливают имеющееся локальное поражение.

Хроническая диарея может быть симптомом органических и невротических расстройств, которые могут проявляться одновременно, и не всегда удается разделить нейрогенные и локальные патологические факторы. Обычная хроническая диарея часто является выражением психоневротического состояния, а в некоторых случаях — доминирующим симптомом. Ежедневное выделение малого или большого количества жидкого стула может происходить более или менее часто, при наличии или отсутствии ложных болезненных позывов к дефекации. В некоторых случаях может происходить от двадцати до тридцати опорожнений кишечника в день без каких-либо признаков

органического поражения. Многие больные испытывают волнение и тревогу по отношению к диарее: они ожидают ее со страхом, и беспокойство по этому поводу становится главным пунктом их повседневной жизни. Многие пациенты считают провоцирующим фактором нарушение диеты, другие отмечают, что возникновение диареи связано с эмоциональным напряжением.

Слизистый колит долгое время рассматривался в качестве невроза. Уайт, Кобб и Джонс (White, Cobb & Jones — 247) сделали вывод, что слизистый колит представляет собой нарушение физиологической функции толстой кишки, причиной которого является избыточная активность парасимпатической нервной системы,

которая в свою очередь в 92% случаев оказывается следствием эмоционального напряжения. Ими были описаны определенные личностные тренды, являющиеся достаточно определяющими. Их психологические результаты во многом совпали с результатами Чикагского института психоанализа относительно различных форм колита (Wilson, 251). Сверхсознательность, зависимость, чувствительность, тревожность, чувство вины и обиды — вот эмоциональные тренды, наиболее часто обнаруживаемые у пациентов, страдающих от слизистого колита.

j

Психоаналитическое исследование пациентов, страдающих от хронической диареи, а также спастического и слизистого колитов, обнаруживает типичный конфликт, сосредоточенный в их сильных, требующих (орально-Д агрессивных) и пассивных желаниях. У этих больных J зависимые желания компенсируются активностью и побуждением давать, а реальные достижения и дарение — замещающими приступами диареи. Они желают компенсировать ущерб за все вещи, которые они хотят получить или забрать у других. Это желание часто выражается в виде беспокойства о каких-либо обязательствах, побуждения напрягать усилия и работать, потребности в том, чтобы давать кому-либо деньги или кого-либо X содержать. Поэтому таких пациентов часто описывают Д как сверхсознательных. Однако в то же время у них имеется сильное нежелание напрягать себя, заниматься систематической напряженной работой и выполнять обязанности, которые они ощущают как эмоционально J принуждающие. Подавляемым психологическим фактором, имеющим отношение к данному симптому, является сильная потребность давать, возмещать убытки.

Пациент становится зависимым от окружающих, но ощущает, что ему надо делать что-то для того, чтобы компенсировать все, что он получает. Но вместо реальных достижений он удовлетворяется инфантильной формой подарка — содержимым кишечника.

В этом отношении такой больной обнаруживает заметное отличие от больного с пептической язвой, который тоже гиперкомпенсирует свои пассивные тенденции, но делает это, взаправду напрягая свои силы, эффективно работая и ведя себя агрессивно и независимо. Больной с диареей гиперкомпенсирует свою пассивность только через неосознаваемый символизм акта дефекации, являющегося эмоциональной заменой настоящего действия, подарков и обязательств по отношению к окружающим. Физиологической основой эмоционально обусловленной хронической диареи является, по-видимому,

хроническое возбуждение перистальтической активности кишечника, возникающей вследствие избыточной стимуляции парасимпатических нервных путей. Эмоциональные побуждения к тому, чтобы давать и достигать, возникающие в качестве компенсации сильных пассивных и потребительских побуждений, будучи подавляемыми и таким образом лишаемые произвольного выражения, специфическим образом влияют на функции кишечника. Враждебные побуждения способствуют развитию чувства вины и желания возмещать убытки. Кроме того, враждебные побуждения могут прямо влиять на кишечную симптоматику.

Мужчина, 48 лет, страдал хронической диареей. Такое состояние длилось восемь или девять лет с некоторыми ремиссиями. Вначале выделялось немного слизи;

позднее у пациента был жидкий стул несколько раз в день, он падал от усталости и был чрезвычайно озабочен работой своего кишечника. Каждый день он испытывал страх в отношении диареи, хотя это было не больно, но, и с ужасом ожидал ее приступов. После испражнения он падал от изнеможения, не мог работать или сосредотачиваться на чем-либо. Изредка он мог включаться в длительную деловую активность, при этом ему приходилось часто брать отгулы, во время которых его:

"?

состояние значительно улучшалось. Он придерживался! строгой диеты, избегал алкоголя, грубой, жирной и любой тяжелой пищи. Никакие лекарства не помогали. Тем не менее с помощью психоанализа, как и у многих больных;

ных колитом, были достигнуты благоприятные результаты. зультаты вскоре после начала терапии; диарея исчезла практически мгновенно и возвращалась лишь изредка.;

Было очевидно, что эмоциональная поддержка, обеспечивавшаяся терапией, имела быстрый симптоматический эффект. В ходе терапии обнажился конфликт между сильным чувством обязательства по отношению к своей семье и окружающим и сильной пассивной, завышенной установкой.

Пациент выгодно женился на женщине из богатой семьи, вследствие чего он чувствовал себя самозванцем, но в то же время это давало возможность супругам жить по привычным для молодой жены стандартам. Семья также оказывала им финансовую помощь для развития бизнеса. С момента женитьбы жизнь пациента представляла собой отчаянную борьбу за то, чтобы добиться благосостояния своими собственными силами. Его деловая активность была судорожной, он позволял себе продолжительные отгулы и в то же время чувствовал внутреннее отвращение к любому напряжению сил,

желая вести неторопливую жизнь — путешествуя, занимаясь спортом и читая утонченные книги — жизнь джентльмена. В ходе психоанализа ясно обнаружился конфликт, который не был полностью осознан и вербализован ранее. У пациента возникала диарея всякий раз, когда побуждение к работе и выполнению обязательств становилось интенсивным, но в то же время сопротивляемость тому, чтобы выносить эти вещи в реальной жизни, оставалась прежней. По-видимому, диарея являлась инфантильным методом разрешения этого конфликта. Бессознательно дефекация по-прежнему означала для него

дарение и достижение цели. Этим объясняется то, почему после каждого испражнения для него было особенно важно ощущение того, что он полностью очищен от скверны, и ощущение изнеможения. Для него дефекация не только замещала реальную жизненную активность, но также оправдывала его расслабленность и желание, чтобы о нем заботились.

Интересной особенностью этого случая является то, что примерно за одиннадцать лет до начала диареи больного оперировали на предмет язвы желудка. Симптомы язвы начались, когда, будучи студентом, он прилагал невероятные усилия для того, чтобы удовлетворить амбициозную мать. Он полностью сосредоточился на выстраивании карьеры. После того как симптомы язвы продолжались в течение пяти лет, больной был прооперирован по причине прободения язвы в тот период, когда он был чрезвычайно активен и настойчиво занимался Учебой. Диарея, начавшаяся одиннадцать лет спустя, возникла после женитьбы, которая сделала его богатым и до какой-то степени зависимым от семьи своей жены. Этот случай показывает ошибочность предположения того, что некоторые психогенные расстройства развиваются только при определенной типологии личности. Органическое состояние может коррелировать с определенными психодинамическими ситуациями, но не с типами личности. Очевидно, что в данном случае одна и та же личность подвергалась разным конфликтным ситуациям. Будучи студентом, он напряженно работал, и его реакцией на ситуацию было сильное желание зависимости, которой он себе не позволял. После этого образовалась пептическая язва. Когда он стал жить в изобилии, но в ситуации эмоциональной зависимости от богатой семьи жены, возникло сильное побуждение напряженно работать, которое он осуществлял без особого энтузиазма, все время прерывая свою работу. В этот момент возникла хроническая диарея. Диарея здесь стала средством ослабить ощущение необходимости работать с помощью примитивной формы дарения и достижения цели.

Хотя диета может быть полезной в таких случаях, главная цель терапии должна быть направлена на снятие эмоционального расстройства. Как и при любом органическом неврозе, лечение отдыхом и успокаивающее медикаментозное лечение может смягчать симптомы, но сама болезнь может быть излечена только путем психотерапии.

В случаях хронической диареи, спастического и слизистого колитов ценность психотерапевтического подхода была продемонстрирована в систематических исследованиях Чикагского института психоанализа, с помощью которых было обнаружено, что большинство больных могут обходиться без диетического режима питания после успешного прохождения курса психоанализа.

Язвенный колит

После публикаций Мюрэя (Murray — 173, 174) и Салливана (Sullivan) с коллегами (222, 41) Важная роль эмоциональных факторов в возникновении и клиническом течении язвенного колита стала общепризнанной. Более или менее систематические исследования были опубликованы следующими авторами: Виттквер (Wittko-wer — 254), Дэниеле (Daniels — 56, 57, 58), Линденманн (Lindemann — 141), Гроен (Groen — 106) и Росс (Ross — 196). Джексон (Jackson — 123), а также

Розенбаум и Капп (Rosenbaum & Kapp — 195) описывали исследования отдельных клинических случаев. Мелитта Сперлинг (Melitta SperUng — 218) представила психоаналитическое наблюдение, основанное на терапии двух детей с язвенным колитом. Но, несмотря на богатый клинический материал, специфические психодинамические факторы, характеризующие данных пациентов, не были внятнм образом растолкованы¹. Спорным также является вопрос о том, какие в точности физиологические механизмы ответственны за возникновение патологических процессов в слизистой оболочке толстой кишки.

Однако того, кто внимательно изучает литературу на эту тему, не может не впечатлить постоянный возврат к целому ряду замечаний и психодинамических формулировок. Мюррэй, описавший первое систематическое исследование двенадцати клинических случаев, обнаружил, что конфликты, сосредоточенные на супружеских отношениях, оказались наиболее распространены¹.

Следует отметить, что за исключением одного случая, описанного Дэниелсом (Daniels), никто из взрослых пациентов не был подвергнут так называемому радикальному психоанализу.

ПО

ными психологическими факторами при возникновении заболевания. В значительном количестве случаев фигурируют конфликты, связанные с сексуальными отношениями, точнее говоря, с беременностью и абортом. Салливан, чьи вдумчивые замечания оказали большое влияние на дальнейший ход исследования, подчеркивает, что не существует специфического типа ситуации, которая могла бы провоцировать заболевание, «...но в каждом случае... больной находится в ситуации приспособления, которая является сложной для него как для личности и к которой он относится с напряжением, и тревогой».

Рядом исследователей подчеркивается, что больной с язвенным колитом отличается от больного, страдающего другими формами колитов, нарциссической структурой личности. Кроме того, Дэниэлс отмечает наличие аутодеструктивного суицидального компонента. На Линдемманна произвело впечатление то, насколько бедными являются отношения с людьми у этих больных. Гроен описывает типичный личностный профиль этих больных на основе изученных им шести случаев, но размеры выборки не позволяют считать его обобщения валидными. Более того, им рассматривались только явные черты характера, а не динамические факторы. Мелитта Сперлинг пытается реконструировать типичную конфликтную ситуацию этих пациентов и делает вывод, что язвенный колит представляет собой «соматическую драматизацию» меланхолии. По ее мнению, организм подвергается атаке агрессивного враждебного инкорпорированного объекта и пытается освободиться путем немедленного анального испражнения. Большинство авторов ссылаются на регрессивную догенитальную организацию этих больных, преобладание у них анальных особенностей, их необыкновенно сильную зависимость от матери в сочетании с

амбивалентностью, приводящей к подавлению садистских импульсов.

Исследования Чикагского института психоанализа обнаруживают

доминирование тех эмоциональных факторов, которые с раннего возраста связываются с выделительными и пищеварительными функциями. В этом отношении больные с язвенным колитом сильно напоминают больных, страдающих от других форм диареи. Возможна ли психодинамическая дифференциация между этой и другими формами колита? На этот вопрос можно ответить только после дальнейших подробных исследований бессознательного материала и структуры личности. Известно, что у многих пациентов с язвенным колитом это обладает достаточно слабыми интегративными способностями, вследствие чего может появляться тенденция к проецированию, кроме того, определенное значение могут иметь психотические эпизоды.

Психологическую картину, неизменно повторяющуюся у этих больных, лучше всего можно понять на примере общей психодинамики функции дефекации. К возникновению болезни и возможности ее рецидивов имеют отношение два эмоциональных фактора. Один из них — фрустрированная тенденция к выполнению обязательств, биологических, моральных или материальных, а второй — фрустрированная амбиция к достижению чего-либо, требующего больших концентрированных затрат энергии. У женщин это чаще всего проявляется в конфликтах, связанных с рождением детей или необходимостью смириться с материнскими обязанностями. 141

В некоторых случаях заметную роль играет давление финансовых обязательств. Портис (Portis) приводит историю пациентки с подобным типом эмоциональной динамики'. .».

У молодой женщины, шесть месяцев назад вышедшей замуж, начались первые симптомы язвенного колита. После соответствующей терапии... кишечник совершенно успокоился — отсутствие кровяных выделений, нормальное формирование стула и ощущение хорошего самочувствия. Так продолжалось в течение трех месяцев. Затем она пожаловалась на резкое возвращение симптомов диареи, произошедшее утром в воскресенье.

В результате тщательного опроса выяснилось, что ; она не испытывала особого волнения предыдущим субботним вечером. Она питалась дома в субботу и в воскресенье, соблюдала религиозную диету и принимала ' лекарства как положено. Примерно час спустя после завтрака, когда она занималась домашними делами, возникла диарея. Когда ей стали дальше задавать вопросы о том, что происходило тем воскресным утром, '

когда она была дома со своим мужем, она сначала отрицала какие-либо необычные происшествия, но путем дальнейших расспросов выяснилось, что в какой-то момент муж шутливо спросил ее: «Что стало с \$400, которые я тебе одолжил на приданое, как только мы поженились? Когда я получу их обратно?» У пациентки не было \$400. Она почувствовала себя весьма расстроенной, у нее произошла регрессия на прежний уровень, и к ней вернулись симптомы диареи. Когда психоаналитик обратил ее внимание на связь между деньгами и ее

S. Portis. «Newer Concepts of the Etiology and Management of Idiopathic Ulcerative Colitis», J.A.M.A. 139, 208, 1949.

невозможностью вернуть их обратно иначе, как с помощью испражнения, состояние больной резко улучшилось без какого-либо изменения режима питания и медицинского вмешательства.

Впоследствии больная перенесла беременность целиком без рецидива симптомов диареи.

Финансовые обязательства, которые пациент не имеет возможности выполнить, являются распространенным фактором возникновения некоторых форм диареи. Этот факт впервые заметил Абрахам (Abraham — 4), который описал эмоциональную корреляцию между дефекацией и тратой денег. Следовательно, не исключено, что финансовые затруднения не являются специфическим стимулом для развития язвенного колита, а служат общим стимулом для активации кишечных функций, которые могут спровоцировать приступ в уже больном органе. Остается открытым вопрос о том, отличаются ли типичные для язвенного колита эмоциональные конфликты от конфликтов при других формах диареи. Определенным можно считать лишь то, что все формы анально-регрессивных эмоциональных стимулов специфическим образом отражаются в функционировании толстой кишки.

Первые симптомы язвенного колита часто возникают в том случае, когда пациент становится лицом к лицу с какой-либо жизненной ситуацией, требующей значительных усилий, к проявлению которых он чувствует себя неготовым. Психодинамический смысл этого момента лучше всего можно понять на основе эмоциональной оценки младенцем акта дефекации, значение которого заключается, с одной стороны, в прекращении попыток обладания, а с другой стороны, в завершенности¹⁴

ти. У людей с подобным типом эмоциональной фиксации всякий раз, когда возникает побуждение или необходимость давать или реализация амбиций на взрослом уровне блокируется путем невротического торможения, может иметь место регрессия до анальной формы дарения или достижения цели. Важно подчеркнуть, од- ;;

нако, что анальная регрессия этого типа очень распро- |Ц странена при всех формах диареи, а также у психонев- Ц ротиков, не обнаруживающих никакой соматической Ц симптоматики. Причиной того, что у некоторых боль- •J| ных анальная регрессия является причиной язвенного Ц процесса в кишечнике, может быть некий специфичес- |д кий локальный соматический фактор. Вполне вероят-^t но, что такой специфический фактор может оказаться не психологическим, а физиологическим механизмом, инициируемым с помощью эмоциональных раздражителей. j

Вероятно, пока не стоит отбрасывать возможность! того, что психодинамический фон при язвенном коли-| те обладает специфическими свойствами, которые не обнаруживаются при других формах кишечных расстройств с диареей, но этот подход следует применять с осторожностью, имея в виду, что некоторые авторы склонны всегда интерпретировать психологические проявления при различных органических заболеваниях как причинные по своей природе. Такая органическая симптоматика, как диарея, дает больным возможность ис- | пользоваться симптом для удовлетворения своих психоневротических потребностей. Больные, страдающие от диареи, безотносительно от причины ее возникновения, часто эксплуатируют свои симптомы эмоционально для символического выражения своего изнеможе ^я, полной «очищенности» и могут использовать эти симптомы в качестве символического выражения кастрации.

Психодинамические реконструкции Мелитты Сперлинг могут представлять собой вторичное символическое усовершенствование уже существующей диареи. Фантазия об уничтожении внедрившейся опасной и плохой матери является, по-видимому, вторичным использованием симптома для бессознательных эмоциональных потребностей, а не его причиной. Причинные психодинамические факторы являются, по-видимому, более элементарными и менее концептуальными по своей природе. Акт дефекации как выражение дарения или выполнения обязательства или как достижение цели — эти, а также более поздняя агрессивная коннотация дефекации являются основными психодинамическими факторами, обладающими причинной связью с функциональными кишечными расстройствами.

При рассмотрении физиологических механизмов публикация Портиса (1981) заслуживает специального упоминания. Он продолжает разрабатывать идеи Мюррэя и Салливана о том, что данное заболевание включает в себя нейрогенный компонент. В определенных ситуациях эмоционального конфликта нервное возбуждение передается через вегетативные центры по парасимпатическим путям к толстой кишке. Салливан предполагает, что пищеварительная способность быстродвижущегося жидкого содержимого тонкого кишечника оказывается выше нормы или защищающая способность слизистой оболочки толстой кишки может оказаться низкой. Во всяком случае процесс пищеварения в слизистой оболочке толстой кишки является возможным Источником бактериальной инвазии. Подобным образом начинается острый язвенный процесс. Портис не лом принимает данную теорию. Его точка зрения основанная на экспериментах Карла Мейера (1955, 1956) заключается в том, что вследствие парасимпатического воздействия лизоцим (муколитический фермент) отбирает у слизистой оболочки защищающий ее муцин (слизистый секрет), таким образом она становится более уязвимой для действия триптического фермента, присутствующего в содержимом кишечника. Согласно Портису первоначально язвенный процесс всегда локализуется в той части толстой кишки, которая находится под контролем крестцово-тазового отдела парасимпатической нервной системы. Такая локализация симптомов важна на ранних стадиях заболевания; таким образом подтверждаются психиатрические наблюдения, которые показывают, что психологические раздражители имеют отношение к акту дефекации. ; При имеющемся уровне наших знаний не может быть по достоинству оценена сравнительная значимость специфических ситуаций эмоционального конфликта и врожденных конституциональных факторов, влияющих на уязвимость слизистой оболочки толстой кишки, повышающуюся при нарушении физиологических механизмов на основе имевшегося ранее локального поражения толстой кишки и вторжении микроорганизмов. Важен тот факт, что конфликтная ситуация аналогична у компульсивных невротиков и у пациентов с параноидной симптоматикой, у которых может и не быть сколько-либо значительного кишечного расстройства или других соматических симптомов. Возможно, некий локальный соматический фактор (к примеру, какой-либо из тех, что были предложены Мюррэем, Салливаном и

Портисом) определяет, у какого пациента регрессивное ярство из конфликтной жизненной ситуации дает симптоматику только на

психологическом уровне (обсессив-, о-компульсивные симптомы, компульсивные черты характера, параноидные навязчивые идеи), а у какого — приводит к органическому кишечному расстройству.

'%•'

Б Характерные динамические паттерны при диарее

фрустрация оральных зависимых желаний > орально-агрессивные реакции > чувство вины > тревога > гиперкомпенсация оральной агрессии с помощью побуждения давать (компенсировать) и достигать > торможение и несостоятельность попыток давать и достигать > диарея.

Хронический психогенный запор

1 Хронический психогенный запор необходимо отличать от запора, наблюдаемого при спастическом колите. В некоторых случаях запор является только желудочно-кишечным симптомом. Но хотя запор может быть / проявлением какого-либо органического состояния,

[обычно он является результатом воздействия психологических факторов. Психогенные проявления при хроническом запоре являются типичными и постоянными: у этих больных часто наблюдается пессимистическая пораженческая установка, недоверие к окружающим, ощущение себя как отвергаемого и нелюбимого. В гипертрофированной форме такая установка наблюдается при Лараной, а также при тяжелой меланхолии. У больных с хроническим запором прослеживаются обе эти установки: недоверие параноика и пораженческий пессимизм.

В этом направлении также шла исследовательская работа Александера и Меннингов (Alexander и Menninger, 1955). Они обнаружили, что статистически значимая группа больных с бредом преследования страдала также тяжелым запором; у меланхоликов также была заметна тенденция к возникновению запора.

Эмоциональный смысл хронического психогенного запора может быть описан следующим образом: «Я не

могу ни от кого ничего ожидать, и поэтому я не должен никому ничего давать. Я должен держать при себе все,

что у меня есть». Такая собственническая установка, являющаяся следствием ощущения отверженности и недоверия, органически проявляется в запоре. Экскременты удерживаются, как если бы они представляли собой нечто ценное; такая установка соответствует ранней копрофилической установке младенца. Другим психологическим проявлением, вытесняемым обычно в большей степени, является бессознательная агрессивная и обесценивающая установка по отношению к окружающим, которая в свою очередь может быть реакцией на общее ощущение отверженности. Такая установка сильно вытесняется и подавляется; вытеснение распространяется также и на функцию дефекации, которая для бессознательного имеет значение разрушения и загрязнения.

Приведенный случай достаточно показателен. Молодая женщина, два года назад вышедшая замуж, страдала от хронического запора начиная с момента замужества. Она ежедневно использовала клизмы.

Результаты врачебных обследований неизменно оказыва-

лись отрицательными. Перед прохождением психоанализа

.ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Поскольку больная несколько дней наблюдалась в клинике „утренних

болезней и вышла оттуда с диагнозом «нервный запор». В процессе психоанализа обнаружилась следующая ситуация.

Больная выходила замуж, ожидая большой любви и нежности, но ее муж был художником, чьим основным интересом была работа. Он совершенно не видел эмоциональных потребностей молодой женщины и после женитьбы также продолжал вести существование наподобие холостяцкого. Молодая жена сильно и сознательно хотела ребенка, но муж отказывал ей в этом по финансовым соображениям, а также потому, что он желал полностью посвятить себя искусству. Долгое время психоаналитику не удавалось найти никакого подходящего ключа к симптому пациентки, хотя казалось очевидным, что это как-то связано с эмоциональной реакцией женщины на доведение ее мужа. Для того, чтобы получить личное впечатление от ее мужа, психотерапевт пригласил его на интервью. Беседа с мужем подтвердила описание пациентки. Он выглядел как человек, вызывающий интерес, но полностью сосредоточенный на себе, наивный и неискушенный в тонкостях женской психики. Он не мог понять утверждение терапевта о том, что пациентка в сущности не удовлетворена своим браком, хотя сама она не хотела осознавать это и по мере зрелости вытесняла свою неудовлетворенность. Она жила с иллюзией счастливого брака и никогда не выражала каких-либо непосредственных жалоб по отношению к своему мужу. Когда она говорила что-либо, звучащее как обвинение в адрес мужа, она делала это шутливым тоном, как если бы это был пустяк, не заслуживающий внимания. Для того, чтобы объяснить мужу, насколько

не хватает его жене внимания, психотерапевт использовал пример, с помощью которого пациентка описывала терапевту свою супружескую жизнь: что с первого дня брака муж не давал ей ничего, что можно было бы расценить как знак внимания, — цветы или еще что-нибудь. Интервью произвело глубокое впечатление на мужа, и он покинул кабинет с сознанием вины. На следующий день пациентка сообщила, что первый раз за два года у нее была спонтанная дефекация до момента применения клизмы. И без всякой видимой связи она рассказала, что ее муж принес ей чудесный букет цветов первый раз за все время их супружеской жизни. Ка-тарсическое воздействие этих цветов было удивительным и дало нам первый ключ к пониманию симптома» | Эта женщина использовала инфантильный способ выражения злости по отношению к мужу в качестве ответа

на его безразличное поведение. Запор пациентки выражал инфантильную реакцию, которую она не позволяла себе выразить открыто. Таким скрытым и инфантильным способом она выражала свое негодование против равнодушной установки ее мужа. В самом деле, как только ее муж проявил щедрость, она тоже стала щедрой и оставила свое упрямство, то есть свой запор, начавшийся через две недели после свадьбы. Дальнейший психоанализ подтвердил, что на это раннее инфантильное ядро злости была наложена другая мотивация — а именно желание забеременеть. Запор являлся реакцией на отказ мужа иметь ребенка. Основой этой реакции была бессознательная идентификация ребенка с экс-крементом. Пациентка пришла к этому пониманию после сравнительно короткой психоаналитической терапии. Она могла больше не обманывать себя относительно

своей глубокой неудовлетворенности поведением мужа но после того, как она осознала свое негодование, у нее больше не было необходимости выражать его таким скрытым способом. Теперь она стала осознавать свою семейную проблему. После того, как психоанализ завершился, запора больше не было. И то, что через несколько лет после терапии пациентка родила ребенка, возможно, случилось благодаря прочности этого психотерапевтического успеха.

Интересное подтверждение этих идей дало упоминавшееся ранее клиническое исследование взаимосвязи между бредом преследования и хроническим психогенным запором. Александер и Меннингер обнаружила в статистическом исследовании, что из 100 пациентов с бредом преследования 72 страдали от запора, тогда как в контрольной группе из 100 испытуемых запоры были только у 26-ти. На основе психодинамического материала был сделан вывод, что частые запоры у пациентов с бредом преследования во многом обусловлены их конфликтом с анально-садистическими тенденциями, которые отрицаются и отвергаются. Было обнаружено, что пациенты, страдающие от депрессии, также подвержены запорам. Эта корреляция вероятна, если учесть эмоциональные установки этих пациентов. Они чувствуют себя отвергнутыми и не имеют каких-либо ожиданий от окружающих. Отсюда тенденция к удерживанию своего имущества в наиболее примитивной форме — кишечного содержимого.

Хронический запор часто считается незначительным симптомом и в большинстве случаев симптоматического подхода (диета, слабительные средства, клизмы, мас-саж) оказывается достаточно в практическом отношении. С Другой стороны, этот симптом может быть проявлением глубинного эмоционального расстройства, и психоанализ, так же как и более короткие психотерапевтические процедуры, имеющие своей целью раскрытие бессознательных конфликтов, часто достигает блестящих результатов. Многие больные, в течение долгих лет принимавшие слабительное, в результате психотерапии смогли избавиться от постоянного употребления лекарств. Конечно, запор — лишь единственное и зачастую не самое важное проявление негативных изменений эмоционального отношения к жизни и к окружающим. В подобных случаях психотерапия должна быть направлена на переориентацию личности в целом.

ГЛАВА 10

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ДЫХАНИЯ

Влияние эмоций на дыхательную функцию хорошо * знакомо нам по повседневной жизни. О внезапной остановке дыхания в момент тревоги говорят, что «захватило дух» или «перехватило дыхание». Вздых является распространенным выражением чувства отчаяния. Другой сложный экспрессивный феномен, включающий в себя экспираторную фазу дыхания — это плач. Но прежде всего дыхание, — важный компонент речи.

По причине тесной связи между эмоциональным напряжением и дыхательными функциями, возможно, что при большинстве заболеваний органов дыхания психологические факторы играют важную роль. В литературе имеются отдельные наблюдения, в которых описывается эмоциональное влияние на динамику протекания ту-рокулеза (Coleman, Benjamin — 29). Систематические исследования в

этой области до настоящего времени, ограничивались в основном изучением бронхиальной астмы.

I Бронхиальная астма

При астме, как и при других расстройствах вегетативных функций, эмоциональное влияние обусловлено нормальными физиологическими реакциями на эмоциональные раздражители. Симптоматика в данном случае несколько гипертрофированна, а в ситуации хронического заболевания организм реагирует на эмоции, лежащие в основе конфликта. Реакция становится гипертрофированной и хронической за счет того, что эмоциональный стимул является бессознательным — сознание человека его не принимает. Исследование медиками эмоциональных компонентов астмы имеет долгую историю. До того, как были открыты явления аллергии, астма считалась в первую очередь нервным заболеванием, и в старых учебниках по медицине именовалась «*asthma nervosa*». С приходом современной иммунологии, краеугольным камнем которой является феномен анафилаксии, внимание сосредоточилось на аллергическом компоненте, и прежний взгляд на астму, как на нервное заболевание, стал считаться устаревшим. Сравнительно недавно, в эпоху психосоматической ориентации, эмоциональная этиология астмы была реанимирована. Отдельные клинические исследования провоцирующих факторов при приступах астмы весьма немногочисленны. Обзор таких работ был осуществлен в монографии Френча и Александера (French и Alexander — 89), а несколько ранее — в публикациях

Данбар (74) и Витткова (253). Различными учеными было замечено множество эмоциональных факторов — здесь фигурируют практически любые неожиданные интенсивные эмоциональные стимулы — сексуальное возбуждение, тревога, ревность и ярость. Представлен здесь взгляд на астму основан преимущественно на исследованиях Чикагского института психоанализа,

которые описаны подробно в вышеупомянутой монографии. Как показали исследования, среди множества эмоциональных факторов можно различить факторы психологические.

Здесь будут обсуждаться только основные психодинамические факторы и их связь с аллергией. Главным психодинамическим фактором является конфликт, заключающийся в слишком сильной неразрешенной зависимости от матери. В качестве защиты от этой инфантильной фиксации могут включаться самые разные личностные свойства. Соответственно мы встречаем;

среди астматиков очень разные типы личности: агрессивные, амбициозные, бесшабашные, рассудительные, а также гиперсензитивные, эстетические типы. Некоторые астматики обладают компульсивными чертами характера, тогда как другие более истеричны. По-видимому, в данной ситуации бесполезно пытаться построить личностный профиль: такого профиля не существует. Вытесняемая зависимость от матери является постоянным свойством, вокруг которого могут формироваться различные типы защит. Значение этой зависимости отличается от того, что мы видим при желудочных неврозах и пептических язвах. Она заключается не столько в желании быть накормленным, сколько в желании быть защищенным — окруженным матерью или образом ма

тери. В отличие от язвенников, у астматиков не замечаются фантазии о еде и пище. Вместо этого достаточно часто встречаются внутриутробные фантазии, появляющиеся в виде водной символики или входа в пещеры, закрытые пространства и т.д. (French, Alexander и др. — 89). Все, что содержит в себе угрозу разлучить пациента со своей защищающей матерью или замещающей ее фигурой, может спровоцировать приступ астмы. У детей, рождение второго ребенка в семье, угрожающего привлечь к себе все внимание матери, часто совпадает с началом астматического состояния. Для взрослых провоцирующим фактором может стать предстоящая женитьба или сексуальное искушение. Для молодой девушки принятие женской биологической функции является поворотным пунктом личностного развития, отпочкования девушки от своей матери. Вместо зависимого ребенка она становится соперницей своей матери. У сына зависимым отношениям с матерью угрожают инцестуозные желания. Выяснилось, что большинство матерей астматиков очень чувствительны к проявлениям телесной привлекательности сына и реагируют на них аутиза-цией и даже неприятием. Сочетание бессознательного обольщения матерью и открытого неприятия — одна из наиболее распространенных моделей в истории болезни у астматиков. Предстоящая женитьба у взрослого сына выводит на первый план конфликт между зависимой привязанностью к матери и более зрелой сексуальной любовью к невесте и часто обозначает собой начало астматического состояния.

Агрессивные импульсы, направленные против объекта любви, также могут создавать угрозу зависимым отношениям и провоцировать приступ. Бывает также, что

внезапный эпизод, напомнивший о независимом существовании, может возродить глубинный конфликт между независимой и зависимой тенденциями и таким образом спровоцировать приступ.

Если основываться на этих соображениях, то история материнского неприятия становится лейтмотивом жизни астматиков. Ребенок, который пока еще реально нуждается в материнской заботе, реагирует на материнское неприятие усилением чувства незащищенности и начинает сильнее цепляться за мать. В других случаях мать астматического ребенка настаивает на том, чтобы их ребенок раньше времени становился независимым. Толкая ребенка к преждевременной независимости, они достигают совершенно противоположного эффекта: у ребенка усиливается чувство незащищенности, и он начинает зависимо цепляться за мать.

Эти психодинамические построения иллюстрирует выжимка из истории болезни двадцатидвухлетнего пациента, страдающего астмой.

Первый приступ астмы у него случился, когда он при-¹ехал в отпуск с Тихого океана, где служил летчиком. Он уехал на тихоокеанский фронт вскоре после того, как женился, и первый отпуск получил только через восемь месяцев. Когда он приехал домой, его встретили родители и жена, и затем, после небольшой остановки в родительском доме, он с женой поехал в новый дом, по-¹лученный в подарок от отца. Той же ночью он проснулся от тяжелого приступа астмы. Приступы были также в течение последующих ночей. Лабораторные исследования обнаружили у него аллергию на пыльцу,

кошачью шерсть и домашнюю пыль, но все попытки десенсибилизации оказались безуспешными. В клинике на него

благоприятно действовали психиатрические интервью, проводившиеся социальным работником, и приступы на короткое время прекратились. Затем, когда он услышал, что его мать должны оперировать, у него случился рецидив. С ним опять был проведен ряд психиатрических интервью, во время которых у него происходило высвобождение агрессивных эмоций, и его состояние снова улучшилось. Теперь он уже был уволен из армии в запас. Он не мог найти работу и какое-то время помогал отцу в работе. На момент моего интервью с ним пациент работал и в достаточной мере обеспечивал семью материально. Лишь иногда по ночам у него бывали легкие приступы. В нашей беседе он дал яркое описание событий, приведших к первому приступу астмы.

Когда он вернулся из армии, его встретили на станции родители и жена, и от них он узнал о смерти своего старшего брата, который также служил в Военно-воздушных силах. Он очень любил своего брата, однако у него не возникло сильных эмоций в ответ на известие о его смерти. Он попытался объяснить это тем, что некоторое время его брат считался пропавшим без вести при обстоятельствах, не позволявших делать какие-либо оптимистичные прогнозы. Он настолько смутился от встречи со своей семьей и известия о смерти брата, что Почти забыл о находившейся рядом жене. По дороге от станции они ненадолго зашли в дом родителей. Затем Родители предложили ему и его жене навестить друзей. Машину вела жена, и вместо того, чтобы ехать к друзьям, она поехала к новому дому, сказав, что друзья Уехали. Они приехали домой, и в ответ на стук его отец и мать вышли из дома и дали ему ключи от нового дома и немедленно ушли, оставив его наедине со своей женой.

157

Он находился в смешанных чувствах по поводу ситуации в целом и вначале не решался принять этот щедрый подарок. Он почувствовал, что занял место своего брата, так как отец раньше всегда отдавал брату пред.» почтение. Но затем он решил остаться в доме; вскоре после этого он вступил со своей женой в интимную связь. Затем он заснул, а позднее проснулся от приступа астмы. Не понимая, что произошло, он страшно напугался и решил, что находится при смерти. Следующей ночью случился еще более сильный приступ. Он стал лечиться в клинике, но лечение оказалось неэффективным. После тщательного изучения анамнестических данных обнаружили следующие сведения.

Пациент был средним ребенком в семье среднего класса. Его отец был юрист, француз по происхождению. У него были два брата старше его на четыре и на шесть лет и сестра на пять лет младше. Брат, ближайший к нему по возрасту, был сильным и имел атлетическое телосложение; пациент был слабым и худым. Отец всегда отдавал предпочтение брату; мать хотела;

чтобы вместо пациента родилась девочка. Когда родилась сестренка, он почувствовал, что потерял положение любимого ребенка в семье. Несмотря на свои физические недостатки, он играл в футбол, занимался спортом, целеустремленно учился и всегда был среди первых учеников в классе. В начале войны его брат пошел в воздушные части, и пациент вскоре пошел по его стопам. Через четыре дня после свадьбы он ушел на фронт; там он активно участвовал в

боевых действиях. По собственному желанию он стал стрелком на турели, после того как двое его друзей погибли, выполняя такую же работу. Он ощущал сильную тревогу во время

Е сражения, но не поддавался ей «во имя своего брата». 1 дра
раза его самолет сбивали и ему с трудом удавалось 1 спастись. Через
год он вернулся домой в отпуск, и у него начались вышеописанные
приступы астмы.

В истории болезни центральной темой является его отношение к брату, к которому он испытывал восхищение и зависть. Он помнил, что отец отдавал предпочтение брату. В своих супружеских отношениях он был исключительно требовательным по отношению к жене. Он хотел, чтобы она вела домашнее хозяйство так же умело, как его мать, и требовал идеальной чистоты и порядка. Он говорил, что немедленно отдал бы концы, если бы жена не жила согласно его стандартам.

К моменту нашего интервью у него уже был полуторагодовалый сын, которого он очень любил, и его жена снова была беременна. Сын пациента был крепким и выносливым, как его брат, в честь которого он назвал сына. Он рассказал мне два своих сна. Первый из них приснился ему незадолго до интервью; другой оставался ярким воспоминанием в его памяти, хотя он приснился шестнадцать месяцев назад, сразу после рождения сына. В первом сне ему приснился сын, который запрыгнул с обеденного стола на люстру и нагло стал на ней качаться. Он начал шлепать сына и, проснувшись, понял, что бьет жену. Пациент сказал мне, что в реальности сделал бы то же самое и добавил, что его сын — выносливый человек, совсем как его брат. В другом *We* он открыл багажник своего автомобиля, взял ин-^рументы и зашвырнул их изо всех сил как можно даль-Ще. Эти инструменты на самом деле надоели ему в пос-^дние несколько дней, так как они катались по багаж-чику и гремели при каждом повороте машины.

Актуальный смысл данного сновидения типичен для астматиков в свете нашего исследования. В нем путем символической репрезентации желания вынуть плод из тела матери (выбрасывание инструмента из машины) ясно выражена конкуренция с братом. Пациент, по-видимому, перенес на сына часть своих чувств по отношению к сестре, вытеснившей его с позиций младенца, 3 Как мы знаем, пациент был зависимым от своей жены. | Он реагировал на сына с бессознательной ревностью, | выраженной в сновидении, в котором он шлепал сына.^| Он также перенес на сына часть своих установок по отношению к брату. Они оба были крепкими, агрессивными и смелыми. Прыжки и раскачивание на люстре представляли собой акт бравады, в отношении которой он ощущал зависть.

В терапевтических интервью с социальным работником у пациента немедленно возникла сильная зависимая привязанность и он полностью доверился специалисту. В этих интервью он смог выразить свои чувства по отношению к брату и осознал свою конкуренцию с ним; и первое время он в реальной жизни открыто вы-

ражал свои агрессивные чувства по отношению к отцу. Хотя эти интервью дали ему сильное эмоциональное освобождение, но они не проникли дальше его отношения к брату и к отцу; его чувства к матери и жене не были вскрыты. Ему было предложено продолжать лечение. Из записей, сделанных социальным работником, и из моих записей могут быть реконструированы следующие;

психодинамические факторы. У пациента была сильная зависимая установка по отношению к матери, которую он перенес на жену. В качестве компенсаторной,

защиты от своих зависимых стремлений у него появилось ощущение конкуренции со своим братом. Этим объясняется его целеустремленность в школе и его поведение в армии, служившее гиперкомпенсацией и отказом от пассивных зависимых устремлений, а также дававшее возможность превзойти брата и тем самым завоевать родительскую любовь. Негодование по отношению к сестре возобновилось у него, когда собственный сын стал представлять угрозу его зависимой позиции по отношению к жене. Психологические события, произошедшие после его возвращения домой, в свете имеющихся психологических факторов являются совершенно очевидными. Когда он встретился с родителями и женой на станции, он совершенно не обратил внимания на последнюю. Известие о смерти брата означало для него бессознательно, что он теперь стал объектом родительской любви, и это спровоцировало в нем бессознательное ощущение вины. Главным сильным его желанием после того, как он вернулся домой после тягот и лишений военной службы, было снова стать зависимым ребенком. Несколько часов спустя он оказался наедине со своей женой в новом доме. Теперь ситуация эмоционально перевернулась. Ключи от нового дома символизировали тот факт, что он зрелый мужчина, что он теперь сам по себе и отделен от родителей. Эмоционально он ушел от этой задачи, и у него активизировалось желание вернуться назад к матери. Защита от этого желания явилась центральным фактором, спровоцировавшим приступ астмы.

Теперь мы готовы ответить на вопрос, почему и как подавляемое желание в отношении матери может вызвать спазм в бронхиолах, являющийся физиологической основой приступа астмы. На основе исследования психоаналитического случая Е. Вайс (Е. Weiss — 243) предложил теорию, согласно которой приступ астмы представляет собой подавляемый плач, обращенный к матери. Позднее Халлидэй (Halliday) также обратил внимание на связь астмы с плачем (109). Эта точка зрения была впоследствии подтверждена тем фактом, что многие астматики сообщают, что им трудно плакать. Более того, было неоднократно замечено, что приступы астмы завершаются, когда пациент дает выход своим чувствам с помощью плача. ;1

Другое важное замечание относится к быстрому улучшению состояния, происходящему в ряде случаев после того, как пациент сознается в чем-либо, за что он чувствовал вину и ожидал неприятия (French & Jonson — 90). Признание создает зависимую привязанность к терапевту, нарушенную вследствие ощущения пациентом чувства вины и ожидания неприятия. Речь (признание) является более членораздельным использованием дыхательного акта, с ее помощью взрослый добивается того же самого результата, который младенец достигает плачем. Он вновь получает любовь человека, от которого он зависит. Такое подавление плача, приводящее к затруднению дыхания, может наблюдаться у ребенка, который пытается контролировать свое желание заплакать или пытается после долгих и бесполезных попыток прекратить плакать. Появляющиеся при этом характерные хрипы и тяжелое дыхание сильно напоминают приступ астмы.

Признавая наличие эмоциональных факторов, влияющих на формирование астмы, не стоит забывать о давно установленном и не менее значимом влиянии аллергических факторов. Последние особенно заметны при

сезонных приступах астмы, возникающих одновременно с появлением пыльцы, к которой больной чувствителен. Если больной чувствителен к шерсти животных, краске, пуху и т. д., то приступы могут случаться неожиданно, при воздействии соответствующего специфического аллергена. В таких случаях десенсибилизация часто оказывается эффективной.

Центральной проблемой здесь является взаимодействие между двумя типами этиологических факторов, эмоциональными и аллергическими.

Прежде всего надо иметь в виду, что астматический приступ — это симптом, непосредственной причиной которого является спазм бронхиол. Согласно клиническим данным бесспорно то, что такой локальный спазм может быть спровоцирован как воздействием специфического аллергена, так и вышеописанными эмоциональными факторами. Особенно важно отметить, что приступ может быть вызван лишь одним из этих факторов, но чаще всего сочетаются оба фактора. Очень многие астматики, обследовавшиеся в Чикагском институте психоанализа, обнаруживали какую-либо форму аллергической чувствительности. У некоторых пациентов сохранялась аллергическая чувствительность после лечения, как показывали кожные пробы, но проходила астма. В таких случаях мы, вероятно, имеем дело с таким феноменом, относящимся к физиологии, как «суммирование стимулов»; другими словами, только комбинация эмоциональных стимулов и аллергических факторов вызывает приступ. Само по себе влияние каждого из видов стимулов остается ниже порога чувствительности ткани, в данном случае стенок бронхиол. Этим объясняются те нередкие случаи, когда после успешного прохождения психоанализа пациенты, у которых возникновение приступов астмы ограничивалось сезоном появления пыльцы, приобретают без какой-либо десенсибилизации устойчивость к своему специфическому аллергену. Эта теория также объясняет требования психиатров и аллергологов к терапевтической эффективности соответствующих методик. В большинстве случаев достаточно убрать один из двух сочетающихся причинных факторов, аллергический или эмоциональный, чтобы излечить больного от приступов астмы. Одного из факторов в отдельности, по-видимому, недостаточно для того, чтобы вызвать приступ.

Остается открытым вопрос о том, являются ли аллергические и эмоциональные факторы независимыми друг от друга по своему происхождению. По некоторым признакам аллергическая предрасположенность и эмоциональная чувствительность в отношении к вышеописанной конфликтной ситуации взаимодействуют друг с другом каким-то неизвестным образом. Другими словами, не исключено, что чувствительность к эмоциональной травме и к аллергенам часто сочетается у одного человека и является проявлением одного и того же основного конституционального фактора;

ГЛАВА 11

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ РАССТРОЙСТВАХ

1. РАССТРОЙСТВА СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ТАХИКАРДИЯ И АРИТМИЯ)

Симптоматология так называемых функциональных сердечно-сосудистых расстройств, при которых эмоциональные факторы могут иметь этиологическое значе

ние, разнообразна: тахикардия, нервное сердцебиение, различные формы аритмии и нейроциркуляторной астении и др. Не проводилось никаких систематических клинических исследований на основе точного психодинамического анализа эмоционального состояния и соматических реакций. Хорошо известно, что существует высокая корреляция тревоги и гнева с сердечной деятельностью. Почему эти эмоции, когда они постоянно подкрепляются, особенно при тревожных состояниях в случае психоневрозов, проявляются в одних случаях в виде тахикардии, а в других — в виде аритмии, наукой не установлено. По-видимому, важную роль здесь играют определенные органические факторы, связанные с комплексной иннервацией сердечной деятельности через внутренние ганглии и с помощью центральной нервной регуляции. Жесткое разделение между органическими и нервными (функциональными) сердечно-сосудистыми расстройствами является, очевидно, грубым упрощением. Определенные органические факторы, сами по себе безобидные, могут в сочетании с эмоциональными расстройствами провоцировать подобного рода симптомы. Нередко выясняется, что у пациентов, у которых имелаась сердечная симптоматика невротического характера, развивается серьезная ишемическая болезнь сердца. Взаимодействие органических и эмоциональных факторов является в некоторых случаях весьма запутанным. Продолжительное функциональное расстройство может благоприятствовать развитию органических поражений и незначительных дефектов и, вероятно, может благоприятствовать развитию невротических симптомов. Говоря о специфичности эмоциональных факторов, можно сказать, что хроническая беспредметная тревога и подавляемые агрессивные им пульсы являются важными эмоциональными факторами при таких расстройствах. Агрессивность стимулирует тревогу, которая, образуя типичный невротический порочный круг, в свою очередь, усиливает агрессивность. Такая структура невроза может быть представлена у различных типов личности, но чаще всего встречается у запуганных, сдерживающих себя индивидов. Иногда подобные явления могут наблюдаться у лиц с фобической тревогой другого типа, которые, напротив, являются весьма активными и агрессивными. Так что, строить психологический профиль, характеризующий больных с сердечно-сосудистой симптоматикой, — это, повторяем, бесполезное занятие.

2. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Гипертоническая болезнь — это клинический синдром, характеризующийся хронически повышенным уровнем кровяного давления при отсутствии какой-либо явной органической причины. Этот синдром имеет прогрессивное течение, начиная от ранней стадии, когда кровяное давление обладает высокой лабильностью и заметно колеблется, и до поздней стадии, когда давление стабилизируется на

высоком уровне, что часто бывает связано с поражениями сосудов и почек (Alexander, Fahrenkamp — 7, 81).

Большинство медиков считают, что повышенное артериальное давление при гипертонической болезни возникает вследствие сужения артериол на всем протяжении сердечно-сосудистой системы. Попытки обнаружить морфологическую основу сужения сосудов не увенчались успехом. Хотя не исключено, что хроническая гипертония в ряде случаев может вести к сосудистым на

рушениям, остается также вероятность того, что такое нарушб™® является сопутствующим, а не прямым следствием гипертонии (Bradley — 35).

Но независимо от того, является ли сосудистое поражение следствием гипертонии, этого недостаточно для подтверждения концепции о связи происхождения гипертонии с сосудистыми поражениями. Тот факт, что общее время кругооборота крови остается нормальным (Weiss, Ellis — 245), равно как и скорость кровотока (Abramson — 5), подкрепляет теорию о том, что артериальное давление повышается не из-за каких-либо органических сосудистых изменений, а вследствие генерализованного повышения вазомоторного тонуса. Более того, на ранней стадии гипертонии иногда выявляется гипертрофия левого желудочка, а также поражения больших сосудов и артериол. К тому же гипертоники реагируют на многие жизненные ситуации и на соматические раздражители дальнейшим повышением кровяного давления, чему служат примером сосудосуживающие реакции таких больных на погружение руки в ледяную воду (Page — 177), на физическую работу (Varath — 22) и на разные другие стимулы. Кроме того, на ранних стадиях гипертонии реакцией на психотерапию часто является снижение среднего уровня кровяного давления.

Повышенный тонус сосудов, вызывающий повышение кровяного давления, возникает по причине усиления вазомоторных импульсов гладкой мускулатуры артериол либо как результат воздействия некоего сосудосуживающего вещества, циркулирующего по кровеносной системе. Гольдблатт (Goldblatt — 101) показал, что ишемия почки может приводить к высвобождению химического вещества, ренина, трансформирующего глобулин крови в некое сосудосуживающее, вещество, что явилось подтверждением концепции о том, что вазопрессорные агенты, воздействующие непосредственно на гладкую мускулатуру сосудов, могут являться причиной гипертонии. Это привело к возобновлению попыток обнаружить поражения почечных сосудов, которые могут вызвать ишемию почки и, таким образом, привести к гипертонической болезни. В ряде случаев были выявлены почечные поражения, приводившие к возникновению ишемии почки, но в большинстве случаев в почке не обнаруживалось таких изменений, которые могли бы явиться причиной гипертонии (Smith и др. — 214).

Поскольку кровеносные сосуды почки обладают высокой реактивностью и реагируют заметным сужением на эмоциональные и соматические раздражители (Smith — 213), можно утверждать, что ишемия почки и последующая гипертония являются следствием воздействия таких раздражителей. Тогда этиологическая проблема заключается в том, чтобы установить природу этих нейрогенных факторов, вызывающих предполагаемые функциональные изменения почечного кровообращения, вследствие чего выделяются вазопрессор-

ные агенты. Не исключено, что длительная нейрогенная стимуляция почечных сосудов может со временем приводить к минимальным изменениям в артериолах, суммарный эффект которых может накапливаться и вызывать атеросклероз почечной артерии (почка Гольд-блатта).

Нейрогенная точка зрения согласуется с тем фактом, что кровяное давление у многих гипертоников снижается при временной блокаде автономных ганглиев с помощью хлорида тетраэтиламмония. После обширного изучения воздействия хлорида тетраэтиламмония на кровяное давление у пациентов, страдающих гипертонией и сопряженными с ней заболеваниями, Феррис (Ferris — 85) отметил, что у больных, страдающих гломерулонефритом и токсикозом беременных, была слабая реакция на применение хлорида тетраэтиламмония. Однако примерно половина из 105 пациентов, страдавших от гипертонической болезни различной степени тяжести, реагировали на блокаду автономных ганглиев восстановлением кровяного давления до нормального уровня. У остальной части этой группы больных с высокой частотой отмечались частичные реакции на хлорид тетраэтиламмония. В ходе дальнейших исследований было выявлено, что 60 процентов гипертоников стабильно реагируют на повторные пробы с хлоридом тетраэтиламмония, тогда как у 40 процентов больных реакция возникает только в части проб. В данных исследованиях было также обнаружено, что причиной повышенного артериального давления у большей части гипертоников является нейрогенный фактор, а у меньшей части больных — сочетание нейрогенных и гуморальных факторов.

Поскольку больные, изучавшиеся Феррисом, заметно варьировали по степени тяжести и длительности заболевания, не исключено, что больные, демонстрировавшие изменчивую или слабую реакцию на блокаду автономных ганглиев, являлись испытуемыми, у которых уже имеет место морфологическое поражение почек, являющееся результатом гипертонии. С этими результатами согласуются также данные о том, что пациенты с ранней или временной гипертонией склонны к большей частоте позитивных реакций на введение хлорида тетраэтиламмония, чем больные с хроническими формами болезни. Кроме того, важное значение имеют данные о том, что показатели снижения давления сильнее всего различаются в зависимости оттого, насколько варьирует степень эмоционального напряжения.

Возникает вопрос относительно роли нейрогенных факторов при гипертонии, в том числе в генезе синдрома. При развитии заболевания все большую роль играют тканевые изменения. Благодаря этим изменениям усиливается выделение вазопрессорных веществ, и, таким образом, у гипертоника на более поздних стадиях болезни гуморальный фактор может стать доминирующим. Однако наиболее важным вопросом, относящимся к происхождению гипертонии, является точное знание нейрогенных факторов.

Литература изобилует многочисленными исследованиями, связывающими обострение гипертонии с психогенными факторами (Golgscheider; Mueller; Mohr;

Fahrenkamp; S. Weiss; Fishberg; Schuize & Schwab; Moschcowitz; Riseman & S. Weiss - 102, 172, 166, 81, 244, 87, 208, 169, 189). Во многих

психиатрических исследованиях демонстрируется влияние жизненных ситуаций на данный синдром (Alkan; Wolfe; K. Menninger; Dun-bar; Hill; Вегидр.; E. Weiss- 17, 256, 152, 73,118, 32, 241). В большинстве психиатрических исследований подчеркивается, что для данного феномена имеют большое значение подавляемые агрессивные тенденции; это также согласуется с наблюдением Кэннона о том, что под влиянием страха и гнева повышается давление у подопытного животного. Кэннон (43) показывает, что под воздействием страха или гнева происходит активация симпатической нервной системы и выделение адреналина мозговым веществом надпочечников, что в свою очередь создает физиологические изменения в сердечно-сосудистой и других системах, позволяющие организму бороться с болезнью или избегать опасности.

На гипертониках были проведены систематические психоаналитические исследования. В одном из таких исследований было обнаружено, что хронически подавляемые агрессивные импульсы, которые всегда связаны с тревогой, сильно влияют на уровень кровяного давления (Alexander — 11). Несмотря на то, что в группе больных были представлены самые разные типы личности, общим для всех больных свойством была их неспособность свободно выражать свои агрессивные импульсы. Иногда у таких больных случаются вспышки гнева, но в целом у них достаточно высокий самоконтроль, так что при поверхностном обследовании они производят впечатление хорошо приспособленных, зрелых людей. Действительно, довольно часто эти пациенты были чрезвычайно милыми и уступчивыми и изо всех сил старались понравиться.

Похожие результаты были получены Бингером (32). Им была описана, по его мнению, типичная совокупность семейных факторов у пациентов с гипертонией. Однако по причине значительной разнородности историй жизни таких больных маловероятно, что типичный семейный фон составляет их главную общую особенность. В большей степени вероятна такая гипотеза, что под влиянием прошлых переживаний возникает общая характерная черта таких больных — подавление агрессивных импульсов.

Из пациентов, исследовавшихся в Чикагском институте психоанализа, весьма показательным является слушатель

чай бизнесмена, который представлял себя как скромного, незаметного, вежливого человека, никогда не старающегося быть на виду (Alexander — 11). Он был амбициозен, однако его желания превзойти соперников ограничивались фантазиями. Его явно скромная и уступчивая установка особенно декларировалась в его отношениях с работодателем, которому он не мог возражать. Типичную для него реакцию показывает ситуация, когда работодатель, как было заведено, приглашал его играть в гольф на следующую субботу. И обычно пациент принимал приглашение, хотя сам предпочитал играть в теннис с собственной семьей в своем клубе. Впоследствии, когда пациент ушел с этой работы, он сам осознал свою неспособность отказываться от приглашений работодателя: при этом у пациента возникла реакция гнева и самообесценивания.

Гипертоники часто сексуально заторможены, и, когда они позволяют себе какие-либо запретные сексуальные отношения, это связано у них с сильной тревожностью и чувством вины, поскольку для

них неконвенциональная сексуальная активность является признаком протеста и бунта. При анализе таких личностей обнаруживается определенный конфликт между пассивными зависимыми (феминными) тенденциями и компенсаторными агрессивными импульсами. Чем больше они уступают своим зависимым тенденциям, тем сильнее становится их агрессивность по отношению к тем, кому они подчиняются (Saul, Alexander — 202, 7).

Агрессивность создает страх у пациента и дает ему возможность уйти от конкуренции к пассивной зависимой установке. Такая установка в свою очередь вызывает чувство неполноценности и агрессию; возникает

устойчивый порочный круг. Следует отметить тот факт, что гипертоник не может свободно позволять себе пассивные зависимые желания, так как они порождают конфликт. Противоположные тенденции — агрессия и подчинение — одновременно стимулируют и блокируют друг друга; в результате возникает нечто вроде эмоционального паралича.

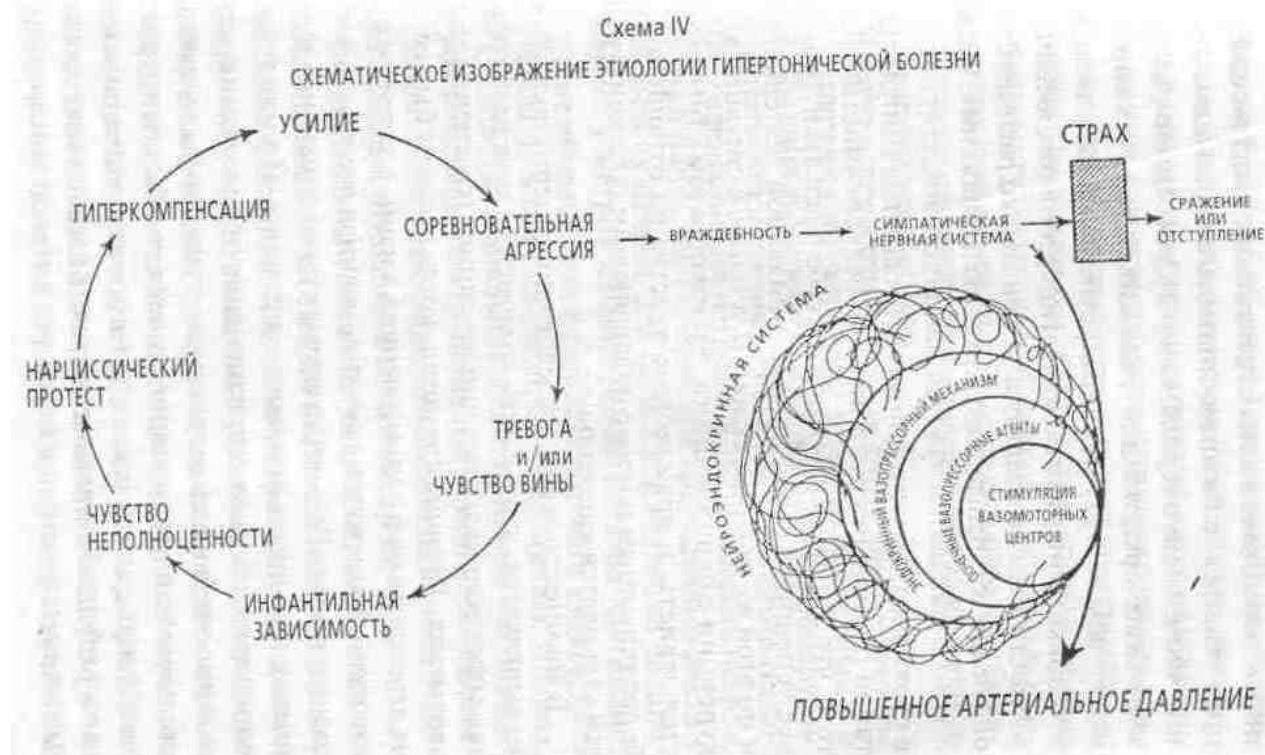
В психодинамических наблюдениях поддерживается психосоматическая точка зрения относительно этиологии генерализованного сужения кровеносных сосудов, характерного для гипертонии. Страх и гнев — как у животных, так и у человека — быстро проходят; эти эмоции связаны с временными физиологическими изменениями, посредством которых тело становится готовым к концентрированному усилию, направленному на борьбу или бегство. Повышение артериального давления — один из компонентов этой физиологической подготовки. Когда ситуация, вызывающая страх, прекращается, давление также возвращается к норме. В современном обществе свободное выражение агрессии запрещено; человек часто испытывает враждебные чувства, но не имеет возможности выразить агрессию непосредственно, в свободном поединке. Наше общество требует, чтобы человек полностью контролировал все свои агрессивные импульсы. При этом, хотя это ограничение распространяется на всех, некоторые люди подавляют свою способность выражать агрессивные и самоутверждающие тенденции сильнее, чем другие, которые не могут дать выход своим агрессивным импульсам, даже каким-либо вполне легитимным и доступным способом. Соответственно они живут в состоянии хронического подавления агрессии. Можно предполо^{17^}

жить, что хронически подавляемый гнев, вызываемый подобными ограничениями, может приводить к хроническому повышению кровяного давления, поскольку гнев не разряжается ни с помощью телесной агрессии, ни с помощью какой-либо сублимированной формы поведения, направленного на самоутверждение. Таким образом, невыраженные агрессивные чувства могут стать источником постоянной стимуляции сердечно-сосудистой системы; это аналогично ситуации, в которой организм постоянно находился бы в процессе подготовки к сражению, которое никогда не состоится (схема IV).

Можно предположить, что, когда в процессе развития потенциально гиперсенситивной личности начинают устанавливаться ограничения, диктуемые обществом и преобладающей культурой, в организме начинаются колебания уровня кровяного давления. Под влиянием повторяющегося воздействия вазомоторной стимуляции в сердечно-сосудистой системе могут начаться органические изменения,

скрытые до поры до времени,, но отражающиеся в появлении вазопрессорных агентов, как это происходит у собак с пережатыми почечными артериями. К сожалению, это предположение сложно доказать, поскольку больной редко приходит к врачу на ранних стадиях гипертонии, а тем более до начала болезни.

Человеку, чрезмерно подавляющему себя под влиянием своих ранних переживаний, будет гораздо труднее эффективно сдерживать свои агрессивные импульсы во взрослой жизни. Он будет склонен подавлять все свои тенденции к самоутверждению и не сможет найти какой-либо легитимный выход для выражения этих тенденций. Сдерживание этих агрессивных импульсов будет продолжаться, и их интенсивность со временем возрастет, что в свою очередь вызовет усиленное развитие защитных средств для удерживания агрессии под контролем. Сверхуступчивая, супервежливая покорная установка, обнаруживаемая у гипертоников, является в точности такой же защитой, с той только разницей, что она не предотвращает аккумуляцию напряжения. В связи с этим развивается чувство неполноценности, которое в свою очередь стимулирует агрессивные импульсы; и такой порочный круг длится до бесконечности. Из-за того, что эти пациенты многое в себе подавляют, они менее успешны в своей профессиональной деятельности и по этой же причине склонны уступать в ситуации конкуренции с окружающими, таким образом стимулируется зависть, и враждебные чувства по отношению к более успешным и менее подавляющим себя конкурентам становятся еще сильнее.



В анамнестическом исследовании гипертоника обычно выявляется, что в какой-то момент в ходе развития у него произошло достаточно внезапное изменение темперамента. Типична ситуация, когда пациент был весьма агрессивным в ранний период жизни, а затем, через короткий промежуток времени, начинал вести себя мягко

и запуганно. Во многих случаях такое изменение происходило во время полового созревания. Иногда такие пациенты сообщают, что изменение от воинственности до мягкости явилось результатом сознательных усилий;

они начинали контролировать себя, чтобы не потерять свою популярность или из-за того, что терпели поражение в результате прямого выражения своих агрессивных импульсов.

Джордж Дрэйпер (George Draper — 67) на основе концепции о психодинамических факторах как этиологической основе гипертонии отметил, что с развитием определенных невротических симптомов кровяное давление у некоторых гипертоников падает до нормального уровня. По-видимому, удерживаемые враждебные импульсы могут быть высвобождены с помощью невротических симптомов, которые, таким образом, больше не служат источником хронического возбуждения вазомоторных механизмов.

Многие авторы отмечали, что гипертония — это болезнь современной западной цивилизации. Шульц и Шваб (Schulze и Schwab — 208), к примеру, обнаружили статистически значимое различие по частоте гипертонии у африканских негров и у американских негров. Несмотря на то, что гипертония чрезвычайно редка у африканских негров, эта болезнь достаточно распространена у негров Соединенных Штатов. Очевидно, различие обусловлено в большей степени культурным фактором, нежели расовой принадлежностью. Похоже, что трудности социальной адаптации у американских негров возникают по причине насущной необходимости сильного самоконтроля, что впоследствии становится решающим этиологическим фактором.

Окончательный ответ на вопрос об этиологии гипертонии состоит не только в объяснении психодинамических факторов. У многих невротиков выявляется подавление агрессивных импульсов и типичный конфликт между пассивными зависимыми и агрессивными конкурентными тенденциями, аналогичный основному гипертоническому конфликту, однако при этом у них не повышается кровяное давление. Если бы на возникновение болезни оказывал влияние только психо логический фактор, можно было бы ожидать, что у каждого человека, хронически подавляющего свои агрессивные импульсы и не эксплуатирующего какие-либо невротические симптомы для высвобождения этих импульсов, будет развиваться гипертоническая болезнь. Тем не менее этого не происходит. Как неоднократно подчеркивалось, только в сочетании с еще неизвестными, возможно, наследственными соматическими факторами психодинамическое воздействие может вызвать хроническое расстройство вегетативных функций; именно так это происходит у гипертоников. С другой стороны, возможность того, что гипертония связана с унаследованием неустойчивой вазомоторной системы, не умаляет этиологическую значимость психодинамических факторов.

Хотя некоторые гипертоники уже проходили психоанализ, но их количество пока еще достаточно невелико для статистической оценки результатов. Тем не менее можно утверждать, что терапевтические результаты, полученные у пациентов на ранней стадии гипертонии, обнадеживают. Часто среднее кровяное давление пациента значительно снижается после того, как он в ходе Д психоанализа заметно самоутверждается; такой пациент может даже стать проблемой для

окружающих. Родственники таких пациентов часто отмечают, что хотя лечение, возможно, улучшило соматическое состояние больного, но при этом он стал совершенно непереносим. Как и при других заболеваниях, при гипертонии профилактика полезнее, чем лечение; поэтому наиболее вероятный прогноз состоит в том, что лучшим решением проблемы станет ранняя постановка диагноза и применение психотерапии на начальной стадии заболевания.

Характерный динамический паттерн при гипертонической болезни

Агрессивные конкурентные тенденции > страх из-за неудачи или мести > усиление зависимых желаний > чувство неполноценности > реактивация агрессивного соперничества > тревога и подавление агрессивных враждебных импульсов > артериальная гипертензия.

3. ВАЗОДЕПРЕССОРНЫЙ ОБМОРОК

Вазодепрессорный обморок — сердечно-сосудистое расстройство — был подвергнут тщательному психосоматическому исследованию (Romano, Engel и др. — 191, 192, 78, 79, 80). Являясь наиболее распространенным типом обморока, может случаться со здоровыми людьми при столкновении с непреодолимой опасностью, особенно в ситуациях, в которых приходится сдерживать свободное выражение страха. Такое часто может происходить при определенном невротическом складе личности. Обморок возникает в результате резкого скачка кровяного давления. Кожное кровоснабжение нарушается, мышечное кровоснабжение значительно увеличивается. Пульс после первоначального ускорения резко замедляется. Тонус и сила мышц падают, резко наступает слабость.

Имеющиеся данные говорят о том, что под влиянием опасности начинает развиваться физиологическая готовность к бегству; нормальная мышечная вазодилатация является частью этой адаптивной реакции. Когда реакция бегства подавляется, человек обездвиживается, возникает нечто вроде внутреннего кровоизлияния в мышечную систему и происходит скачок кровяного давления. Если давление достигает критического уровня, происходит потеря сознания. Важно, что обездвиживание возникает в вертикальном положении; в лежачем положении обморока не происходит.

Такое состояние необходимо отличать от истерического обморока, при котором обморок является символическим выражением психологического конфликта. При истерическом обмороке не происходит изменений в сердечно-сосудистой системе. Вазодепрессорный обморок — типичный пример вегетативного невроза. Возникает нормальная физиологическая реакция на страх, но вследствие подавления произвольного поведения актуальная реакция бегства остается без завершения. Таким образом, после начального периода подготовки физиологическая реакция прерывается.

По своей динамике этот феномен аналогичен другим вегетативным расстройствам, обусловленным эмоциональными факторами. При пептической язве же «лудок» непрерывно готовится к принятию пищи. Здесь имеет место начальная фаза физиологической реакции, но процесс в целом не имеет завершения. Пустой желудок в течение длительного времени подвергается воздействию пищеварительного секрета, являющегося одним из основных патогенных факторов. С другой стороны, при гипертонической болезни

организм готовится к борьбе с нормальной физиологической реакцией (или к бегству от нее). Действие, однако, тормозится, и гомеостатическое равновесие не достигается, что несомненно произошло бы, если реакция борьбы или бегства была бы завершена. При вазодепрессорном обмороке одна из фаз реакции бегства, а именно, подготовка мышечной системы к действию с помощью усиления кровоснабжения, стимулируется, а затем прерывается.

4. ПСИХОГЕННЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ И МИГРЕНЬ

Головные боли

По причине исключительного разнообразия этиологических факторов, вызывающих головные боли, в современной медицинской литературе принято считать, что головная боль — это прежде всего симптом, а не нозологическая форма. Расстройства практически любого органа могут провоцировать с помощью рефлекторных механизмов вторичные физиологические изменения в черепной коробке, вызывающие субъективные болевые ощущения. Достоверно установленными причинными факторами являются желудочно-кишечные расстройства (особенно часто — острая диспепсия и запор), заболевания почек, гипертония, астенопия, инфекция околоносовых пазух, расстройства печени и желчного пузыря, опухоль мозга. Во всех этих случаях головная боль является одним из следствий основного заболевания.

Отдельную группу представляет так называемая гистаминная головная боль аллергического происхождения. Она может быть воспроизведена экспериментально с помощью введения инъекции гистамина.

Механизмы, являющиеся причиной возникновения боли, различны, но большинство исследователей считают основным фактором изменение диаметра черепных сосудов и сдавливание жидкого содержимого черепной полости, что приводит к усилению внутричерепного давления. Боль локализуется в симпатических волокнах кровеносных сосудов; мозговое вещество само по себе не обладает чувствительностью.

Если не считать этих рефлекторных феноменов, то эмоциональное происхождение некоторых головных болей можно полагать достоверно установленным. Литература изобилует описаниями того, как утомление и различные виды эмоционального стресса могут становиться причиной головных болей, принимающих форму тупой боли, давления, пульсации или иных субъективных ощущений.

Имеются также, чаще всего в психоанализе, описания отдельных случаев, где головная боль является первичной и возникает в качестве конверсионного симптома с определенным символическим значением. Еще в 1911 году Садгер (Sadger — 201) описала повторяющиеся головные боли у пациентки, проходившей у нее курс психоанализа. Пациентка страдала тремя типами головной боли: боль, давящая снаружи, пронизывающая боль и боль, давящая изнутри. Первый тип боли Садгер отнесла к младенческим переживаниям пациентки, когда отец брал ее к себе в постель и она ощущала огромную массу и давление отцовского тела. Источником пронизывающей боли являлся болезненный, но приятный опыт мастурбации с подругой в возрасте трех-четырех лет; давящая изнутри головная боль основывалась на

ранних эротических, хотя и болезненных, переживаниях при дефекации.

Абрахам (Abraham — 2) описал пациента, который с помощью своей головной боли выражал феминную идентификацию со своей матерью, страдавшей такой же головной болью. Головная боль давала пациенту пассивное мазохистское удовлетворение. Фенишел (Fenichel — 83) описал случай, когда головная боль символизировала глистов, которыми пациент страдал в детском возрасте. Глисты в его бессознательном ассоциировались с фека-

лиями. Основой конверсионного симптома являлось символическое уравнение: фекалии — мысли. В случае, описанном Сейденбергом (Seidenberg — 209), пульсирующая головная боль была выражением подавляемых сексуальных желаний, символически изображая эрекцию. Гутхейл (Gutheil — 108) описывает пациента, у которого приступы мигрени завершались после сексуального оргазма. Иногда пациенту нужно было достичь нескольких оргазмов для того, чтобы организм расслабился и приступ прекратился. У меня имелась возможность исследовать головную боль у девственницы средних лет: она ощущала боль как внутреннее давление, угрожающее разорвать ее череп; это ощущение являлось символическим выражением подавляемого желания забеременеть.

В качестве конверсионного симптома головная боль может иметь множество символических значений, определяемых субъективными потребностями каждого конкретного пациента. Остается открытым вопрос, имеются ли в основе этих конверсионных симптомов какие-либо локальные физиологические изменения. Они могут относиться к категории сенсорных расстройств истерического характера (психогенная боль) по типу парестезии, гиперестезии и анестезии, при которых локальные изменения отсутствуют, а имеет место общий процесс в высших сенсорных центрах мозга, проявляющийся непосредственно в субъективных ощущениях.

Мигрень

Приступы мигрени представляют собой отдельную группу среди множества видов головной боли. Вне зависимости от того, является ли этиология мигрени одиозной в различных случаях, мигрень представляет собой определенную нозологическую единицу в том, что касается симптоматологии и лежащих в основе физиологических механизмов. Это даёт возможность проводить сравнительные психосоматические исследования больных мигренью — задача, практически невыполнимая в случае гетерогенной группы пациентов, страдающих другими видами головной боли.

Типичные клинические проявления приступов мигрени, а именно: их периодическая природа, продромальные расстройства (скотомы, повторяющиеся парестезии, расстройства речи), унилатеральность боли, наличие светобоязни, рвоты и тошноты — позволяют совершенно отчетливо поставить диагноз мигрени. Другая характерная черта мигрени заключается в том, что после приступа у пациента на некоторое время возникает ощущение хорошего самочувствия. Такие постоянные свойства мигрени значительно облегчают проведение сравнительных клинических исследований этих пациентов. Приступы мигрени имеют свойство стремительно начинаться и так же внезапно завершаться, что делает эту нозологическую форму пригодной для

психосоматических исследований. Это свойство дает возможность точного исследования провоцирующих факторов, а также факторов, ответственных за завершение приступа.

Физиологические механизмы

Растяжение сосудов является, предположительно, одной из причин боли при мигрени. Это хорошо показано в экспериментальных исследованиях Грэхэма и Х.Г. Вольффа (Graham и H.G.Wolf— 104, 47), показавших, что ощущение боли возникает вследствие растя

жения мозговых артерий. Этим объясняется высокоспецифичное положительное действие эрготамина та-птрата, вызывающего сужение кровеносных сосудов. Обычно предполагается, что при гистаминной головной боли аллергического происхождения имеет место аналогичный механизм возникновения боли. Хотя эти два механизма имеют определенное сходство, тем не менее между обоими видами головной боли существуют вполне отчетливые различия. В частности, различается природа боли и характер ее распространения; гистаминная головная боль ощущается как более глубокая и всегда билатеральная. Кроме того, при приступах мигрени более отчетливо выражено действие эрготамина тартрата. Вольфф объясняет это тем, что гистамин воздействует на внутримозговые артерии, тогда как эрготамина тартрат воздействует исключительно на ветви внешней сонной артерии, имеющие наиболее непосредственное отношение к мигрени.

Продромальные симптомы, парестезии и зрительные расстройства являются признаком первичного сужения сосудов, вызывающего приступ мигрени. Вольфф рассматривает расширение сосудов как гиперкомпенсаторную реакцию на первичное сужение сосудов. По моему мнению, расширение сосудов может иметь независимое происхождение, которое будет обсуждаться далее (стр.190).

Эмоциональные факторы

Исключительное этиологическое значение эмоциональных факторов при мигрени признается очень многими авторами. Их наблюдения частично охватывают типичные провоцирующие факторы и частично — лич

ностные черты, являющиеся общими для пациентов, склонных к мигреням. Турэн и Дрэйпер (235) описали «конституциональный» тип личности, характеризующий тип, обладающий склонностью к мигреням. Физически такие пациенты обладают акромегалоидными чертами; для них характерно отстающее эмоциональное развитие и опережающее интеллектуальное. Сексуальная адаптация у них неудовлетворительна. Согласно этим авторам мигрени впервые появляются в тот момент, когда пациент выходит из-под родительского крыла и на- . чинает жить самостоятельно. Авторы отмечают чрезмерную зависимость от матери, от которой пациент совершенно неспособен отпочковаться самостоятельно.

Ольга Кнопф (Olga Knopf— 133) обследовала тридцать пациентов, 22 из которых — женщины. Она описала их как относящихся к типу «благодетель»; они были амбициозными, сдержанными, с чувством собственного достоинства, чувствительными, доминирующими и лишенными чувства юмора. У всех женщин была низкая гетеросексуальная адаптация.

Никто из упомянутых авторов в своих описаниях не идет дальше

перечисления отдельных личностных черт. Они также не пытаются различать основополагающие психодинамические паттерны.

Большое значение имеют подробные исследования Фромм-Райхман (Fromm-Reichmann — 96). Она провела курс интенсивной психотерапии с восемью пациентами, страдающими мигренью. Она обнаружила, что у этих пациентов враждебные завистливые импульсы, изначально направленные на интеллектуально ярких индивидов, обернулись против них самих под влиянием чувства вины.

Гарольд Вольфф (Harold Wolff — 257) помимо своей фундаментальной работы по физиологии мигрени провел серию исследований типичных личностных особенностей таких пациентов. Он выделил компульсивные черты характера, перфекционизм, амбициозность, чрезмерное соперничество, ригидность и неумение переложить ответственность на кого-то другого. Согласно Вольффу у этих пациентов имеется хроническая обидчивая установка, возникающая из их неспособности справиться с ответственностью, компульсивно возложенной ими на себя для того, чтобы оправдать свои перфекционистские амбиции. Вследствие фрустрации этой установки возникает напряжение и утомление, до тех пор пока какое-либо внешнее событие не обострит их вездесущую обидчивость и не спровоцирует приступ мигрени. Селински (H. Selinsky — 210) пришел к аналогичным выводам. Он также подчеркнул значение «борьбы обиды и тревоги». Приступ происходит в тот момент, когда перед пациентом встает задача, выходящая за пределы его возможностей, i

Согласно многочисленным клиническим данным большое количество пациентов, страдающих мигренями, демонстрируют внешние установки, характерные для так называемых компульсивных типов характера. Большее впечатление, однако, производит единообразие провоцирующих эмоциональных факторов.

В большей части публикаций по психологии мигреней упоминаются вытесняемые или подавляемые агрессивные импульсы (Weber; Brenner, Friedman & Carter;

Rosenbaum; Fromm-Reichmann; Wolff; Eisenbud; Wol-berg; Johnson - 239, 36, 194, 96, 257, 77, 255, 125). Психоаналитики, лечившие больных мигренями с помощью

часто повторяющихся интервью, нередко имели возможность наблюдать начало или завершение приступа мигрени во время сеанса. Распространенной прелюдией для начала приступа мигрени является состояние сдерживаемого гнева. Самое поразительное зрелище ~ это внезапное завершение приступа в течение минуты после того, как пациент осознает до сих пор сдерживаемый гнев и дает выражение своему гневу с помощью бранных слов.

Как показывают эти наблюдения, подавляемые агрессивные импульсы, бесспорно, имеют прямую и специфическую корреляцию с приступами мигрени. Описываемая указанными авторами связь характерных личностных свойств с мигренью состоит в том, что типы личности, склонные подавлять свои агрессивные импульсы, в большей степени также склонны к возникновению приступов мигрени. Этим объясняется тот факт, что среди лиц, страдающих мигренями, обнаруживаются такие различные типы, как самоподавляющая личность, сдержанный тип «благодетеля», описанный Кнопф, и компульсивная личность, описываемая Вольффом. Подавляемая

агрессия, однако, является чрезвычайно распространенным свойством у многих типов личности. Таким образом, мы снова сталкиваемся с вопросом о специфичности в психосоматическом исследовании. В чем заключаются специфические психодинамические факторы, отвечающие за то, что у одного подавляющего агрессию пациента развивается гипертония, у другого артрит, а у третьего мигрень?

Возможно, что при мигрени возникает то же состояние, которое отмечалось при гипертонии, — а именно отсутствие специфических психоневротических симпто

мов, подходящих для того, чтобы фильтровать сдерживаемые враждебные импульсы. Но даже если все это действительно так, все равно вопрос о выборе соматического симптома По-прежнему остается без ответа. При выборе конкретного органа может иметь значение вывод Фромм-Райхман о том, что агрессивная завистливая установка в подобном случае специфически направлена против интеллектуальных достижений. Наследственная природа мигреней, признаваемая большинством клиницистов, указывает на конституциональные факторы, по-видимому, имеющие отношение к индивидуальным характеристикам мозгового кровообращения.

В этой связи также немаловажно то, как соотносятся:

с одной стороны — мигрень и гипертония, а с другой — мигрень и эпилепсия. Головная боль иногда является вторичным симптомом гипертонии. Такое сочетание, однако, может иметь как конституциональную, так и психодинамическую основу. При всех трех заболеваниях — эпилепсии, гипертонии и мигрени — важную роль играют деструктивные агрессивные импульсы. Видение Фрейдом эпилептического приступа как короткого замыкания, несогласованного разряда деструктивных импульсов подтверждается определенными состояниями бегства, возникающими как эпилептические эквиваленты; в таком состоянии поведение больных становится неадекватным, вплоть до гомицидных тенденций. Приступы мигрени также могут иногда возникать в качестве эпилептических эквивалентов.

В отношении специфичности провоцирующих психодинамических факторов особенно важна природа агрессивных импульсов. Полностью осуществленное

агрессивное нападение имеет три стадии. Первая стадия — это подготовка нападения в фантазии: планирование и мысленное представление. Это *стадия представления*. Вторая стадия — вегетативная подготовка тела к направленной активности: изменения метаболизма и распределения крови. Усиленный приток крови поступает в органы, необходимые при направленном нападении — скелетные мышцы, легкие и мозг. Это *стадия вегетативной подготовки*. И наконец, *нервно-мышечная стадия*, осуществление, собственно, агрессивного акта с помощью мышечной активности.

Возможно, природа соматических симптомов зависит от стадии, которая каким-то образом выделяется или на которой весь психофизиологический процесс агрессии тормозится. Если подавление происходит на стадии психологической подготовки к агрессивному нападению, то возникает приступ мигрени. Если на второй стадии — вегетативной подготовки к нападению, — возникает гипертония, но процесс не прогрессирует. И наконец, если произвольный акт тормозится только на третьей стадии, могут возникать симптомы

артрита или вазомоторного обморока. Необходимы дальнейшие подробные психодинамические исследования для установления валидности этой гипотезы, которую очень поддерживает наблюдение, что в первую очередь мигренью страдают «те, кто думают», а не «те, кто делают», тогда как артритом чаще страдают лица, имеющие повышенную склонность к мышечной активности.

Согласно Кэннону в состояниях аффекта кровоснабжение мозга остается обильным и даже несколько усиливается. Когда гнев подавляется, мышечная деятельность блокируется, приток крови в мышцы ослабляет

ся а приток крови к голове, по-видимому, становится еще сильнее. Это может быть физиологической основой приступов мигрени. Другими компонентами синдрома гнева являются усиленный мышечный тонус и повышенное кровяное давление. Вышеупомянутая гипотеза учитывает тот факт, что в состоянии подавляемого гнева некоторые из пациентов реагируют с помощью одного компонента: общего физиологического синдрома гнева, другие же—с помощью иного компонента.

С терапевтической точки зрения проблема мигрени имеет два аспекта — терапия самих приступов и профилактика их возобновления.

Что касается терапии уже начавшегося приступа здесь, по-видимому, общепризнанной является терапевтическая эффективность эрготамина тартрата. Полезное действие данного препарата обусловлено сосудосуживающим воздействием.

Более серьезная проблема — профилактика мигрени — направлена на устранение причин локального расстройства мозгового кровообращения. Маркуссен и Вольфф (Marcussen и Wolff— 147) сообщают о положительных результатах контекстуальной терапии больных в сочетании с консультациями. Они изучали конкретные обстоятельства, при которых возникали приступы, доводили их до сведения пациентов, направляли необходимые изменения их образа жизни в аспектах профессиональной деятельности, досуга и межличностных отношений. Такая терапия дала более или менее благоприятные результаты в двух третях случаев.

Наиболее глубоким терапевтическим подходом является психоанализ, пытающийся достичь разрешения фундаментальных конфликтов и научить пациента уп

равлять своими эмоциями, в частности бессознатель- г ными агрессивными импульсами. Фромм-Райхман про- , вела курс психоанализа с восемью пациентами и полу-] чила удовлетворительные результаты в большинстве случаев. Джонсон (Johnson) подробно описал один случай психоаналитической терапии, давший положитель-1 ные результаты.

ГЛАВА 12

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

До настоящего времени практически не проводи- ! лись систематические исследования в области кожных заболеваний, хотя в литературе описано много более | или менее не связанных между собой наблюдений. Ис- | черпывающий обзор литературы по этому вопросу чита- | тель может получить в статье Стоукса и Бирмана (Stokes ^ & Beerman — 221).

Хорошо известно, что кожа является важным орга- j ном для

выражения эмоций. Этот факт иллюстрируют, такие явления, как покраснение от стыда или зуд от нетерпения. Кожа, составляющая поверхность тела, — это | соматический локус эксгибиционизма. Определенные рефлекторные изменения в коже, такие, как бледность, румянец, потение, являются компонентами эмоциональных состояний гнева и страха. Пиломоторная реакция на тревогу особенно заметна у кошек, но встречается также и у людей; эту реакцию хорошо иллюстрирует выражение «волосы дыбом встали».

Кожа является также важным сенсорным органом и существенно затрагивается такими конверсионными симптомами, как, например, анестезия, парестезия и

гиперестезия. И наконец, центральное место в психологии кожи занимает ощущение боли. Мазохистские тенденции поэтому должны быть тесно связаны с кожей. Как пишет Джозеф В. Клаудер (Joseph V. Klauder — 132), «душа влияет на кожу сильнее, чем любой другой орган... Кожа — это орган, который по своей значимости для выражения эмоций сравним только с глазом». Он перечисляет следующие кожные состояния, при которых «психологические феномены служат мотивом или являются определяющим фактором»:

Румянец

Бледность

«Гусиная кожа»

мотив

Мурашки по коже

иногда

Изменение потоотделения

(Дермографизм — вегетативно-сосудистая дистония — эритематозная экзема — ангионевротический отек — острая экзема (острый дерматит)

Крапивница, острая или хроническая

Отек (ангионевротический отек, истерический отек)

Зуд, локализованный или генерализованный

Фобии, имеющие отношение к коже

Невротические эксориации: дерматоглазия (Фур-нье), самоповреждения (без сознательного намерения; различного психогенеза)

Искусственный (артифициальный) дерматит (мифомания Дюпре — умышленное нанесение самоповреждений)

Устойчивые болевые ощущения и сенсорные расстройства (топалгия Блока, например, глоссалгия)

Ангиоспазм (так называемый симптом мертвых пальцев)

Внезапная потеря волос (гнездное облысение) или внезапное поседение Трихотилломания Трихокриптомания Стигматы Татуировки Кожные явления психогенной природы при аллергии

Клинические наблюдения кожных проявлений в составе невротической симптоматиологии включают такие I состояния, как нейродермит, экзема, ангионевротический отек, крапивница и зуд. Некоторые авторы также | упоминают эмоциональные факторы при себорее, дис- | гидрозе и псориазе. Еще в 1916 году Джеллиффе и Эванс (Jelliffe и Evans — 124) описали случай псориаза, утверждая, что психологические факторы — то есть эксгибиционистские тенденции — имеют в этой ситуации первостепенное этиологическое значение.

Попытки обобщения до сих пор не привели к успеху. Известно

только, что при экземе и нейродермите садо-мазохистские и эксгибиционистские тенденции имеют определенную корреляцию с кожными симптомами (Miller — 157). В нескольких случаях мною наблюдался следующий динамический паттерн. Демонстрация тела для того, чтобы получить внимание, любовь и одобрение, — другими словами, эксгибиционизм — используется как орудие соперничества и вызывает чувство вины. Согласно закону талиона, наказание должно быть соизмеримо преступлению; кожа, используемая в качестве средства эксгибиционизма, становится объектом болезни. Ф. Дойч и Р. Наделл (F. Deutsch и R. Nadell — 62)

также описывали нарциссические и эксгибиционистские личностные черты.

При этих заболеваниях большое этиологическое значение имеет расчесывание. Психоаналитические исследования показали, что важным фактором расчесывания являются агрессивные импульсы, которые вследствие чувства вины отклоняются от своей первоначальной цели и оборачиваются против самого человека. (Miller, Bartemeier, Scarborough — 158, 23, 205). Показателен следующий случай, исследованный Шпигелем (Spiegel)

в Чикагском институте психоанализа.

Больная, 22 лет, с белым цветом кожи, незамужняя девушка, была направлена на лечение по причине повторяющихся приступов сильного нейродермита. Высыпания, появлявшиеся преимущественно на верхних и нижних конечностях и на лице, имели экзематоид-ный характер и представляли собой отдельные красные мокнущие зудящие участки. Больная яростно расчесывала высыпания, особенно во сне, пока они не начинали кровоточить так, что больная часто была совершенно обезображена. Она консультировалась у ряда дерматологов и обычно слышала, что ей ничем не могут помочь, поскольку ее состояние вызвано эмоциональными факторами, — вывод, который она сама сделала на основе регулярного чтения психологической литературы.

Кожные высыпания появлялись и исчезали в течение всей жизни больной. Первый раз экзема возникла у нее через неделю после рождения. Ее мать во время беременности была сильно расстроена случайной смертью своего семилетнего сына, а впоследствии — уходом мужа и разводом. Детство больной прошло в домах различных родственников, где у нее всегда было ощущение незащищенности из-за робости ее матери и своего статуса, который был обесценен практически до уровня домашней прислуги. Больная была застенчива и социально лезадаптирована в школе, но проявляла живость и яркость в учебе. Она сильно страдала от ощущения своей «инаковости» и ненужности из-за экземы, отсутствия отца и нормальной семейной жизни. Однако во время учебы в университете с наступлением физического созревания она оживилась и получила социальное признание. После окончания университета она нашла хорошую работу и начала пытаться строить отношения с различными мужчинами. Все эти отношения прерывались, и разрывы отношений сопровождались тяжелыми приступами экземы. В тот период, когда эта повторяющаяся картина стала угрожать возможности работать и иметь нормальные межличностные отношения, ей пришлось в голову обратиться к врачу.

Начался курс психоанализа, и у больной практически сразу возник эксплозивный мазохистский невроз переноса. Одновременно с

обострением кожных высыпаний¹ больная любым способом демонстрировала ожидание быть отвергнутой терапевтом, а также чувство вины из-за переноса агрессии и эротических желаний. Эти чувства смещались у нее на отношения с мужчинами, характеризующиеся немедленным удовлетворением сексуальных импульсов, и сопровождалась депрессией, чувством вины и агрессией, когда она узнавала, что мужчина не собирается на ней жениться. Именно в этот момент кожные высыпания всегда достигали максимума. В ходе психоанализа выяснилось, что больная воспринимала терапевта (и некоторых других мужчин) в качестве давно потерянного отца. На эти замещающие

отца фигуры она обращала свои зависимые оральные действия и желания тепла, уюта, общего кожно-мышечного «объятия». После фрустрации этих желаний у нее возникали агрессия и чувство вины. Эти чувства частично регулировались проекцией ответственности по формуле «все мужчины — сволочи», а также кожным выражением аффекта. Свои агрессивные чувства она выражала расчесыванием, и получающееся в результате уродство изображало стыд, унижение и неприятие. В этот момент, чувствуя себя совершенно недостойной любви, больная совершала попытку установить тесные отношения со своей матерью и после неудачного завершения попытки входила в депрессию. Под конец цикла появлялась маскулинная форма протеста, больная начинала уделять больше внимания работе, уклоняться от тесных связей с женщинами и мужчинами, у нее смягчался аффект и происходило очищение кожи.

В течение трех лет терапии больная постепенно стала осознавать свой повторяющийся паттерн и в конце концов смогла построить немазохистские отношения с мужчиной, за которого она впоследствии вышла замуж. В результате снижения агрессии и чувства вины она смогла позволить себе удовлетворение от этих отношений; кожные высыпания исчезли и больше не появлялись.

Сол и Бернстайн (Saul и Bernstein — 203) описали определенную корреляцию крапивницы с подавляемым плачем; это было подтверждено несколькими случаями, которые у меня была возможность изучить. Здесь, как и при астме, с которой крапивница связана клинически и психодинамически, основное свойство — это подавляемое зависимое желание, объектом которого яв

ляются родители. Таким образом, имея в виду также то, что многим больным с крапивницей трудно плакать и что приступы крапивницы часто внезапно завершаются непродолжительным плачем, мы получаем дальнейшее подтверждение тесной связи между подавляемым плачем и крапивницей. При анализе одного случая ангионевротического отека Лоранд (Lorand — 143) наблюдал сильную раннюю фиксацию на зависимых желаниях в сочетании с выраженным соперничеством в отношении сиблинга. Кепеч, Робин и Бруннер (Kerecs, Robin & Brunner — 130) недавно подтвердили с помощью экспериментальных исследований наличие корреляции кожной секреции с плачем. В кожном волдыре ими наблюдалась высокая концентрация кожного секрета² по-видимому, связанного с возникновением плача. Эмоционально обусловленное возрастание секреции у больных с кожными заболеваниями может быть снижено с помощью психотерапии, эмоционального отреагирования и

антигистаминных препаратов.

При различных формах зуда, в частности зуда заднего прохода и вульвы, а также при других видах дерматоза важным психодинамическим фактором является подавляемое сексуальное возбуждение. В этих случаях расчесывание является источником эротического удовольствия и становится, очевидно, эквивалентом мастурбации (Stokes, Gillespie, Cormia & Slight — 220, 100, 51).

При всех формах кожного зуда имеет место порочный круг. Продолжительное расчесывание ведет к изменениям хрупкой структуры кожного покрова, в результате чего нервные окончания становятся более чувствительными к внешним раздражителям (лихенизация). Таким образом, в дополнение к психологическому появляется

соматический стимул для расчесывания. В результате расчесывание продолжается, что ведет к дальнейшему усилению структурных изменений кожи, вызывающих

зуд.

Эффективная терапия подобных кожных заболеваний требует согласованного психологического и соматического лечения. Во многих случаях для выхода из этого порочного круга необходимо механическое предотвращение расчесывания с помощью различных защитных средств, особенно по ночам. При этом психотерапия должна воздействовать на лежащие в основе такого состояния эмоциональные факторы.

ГЛАВА 13

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И ЭНДОКРИННЫХ РАССТРОЙСТВАХ

1.ТИРЕОТОКСИКОЗ

Психологические факторы при тиреотоксикозе (базедова болезнь или болезнь Грейвса), равно как и многие физиологические механизмы, хорошо изучены. Следовательно, это заболевание является особенно подходящим для изучения психосоматических взаимосвязей.

Развитию клинического синдрома могут предшествовать различные проявления эмоционального напряжения. Таким образом, в исследовании Маранона (Магапоп — 145) 28% из 159 больных с гипертиреозом сообщили, что их болезнь была спровоцирована каким-либо эмоциональным сдвигом; Конрад (Conrad — 49) выявил наличие психотравмы у 94% из 200 исследовавшихся пациентов. Похожие наблюдения сообщались

199

многими другими исследователями (Bram; Goodall & | Rogers; Moschowitz; Wallace; Mittelman — 38, 103, ', 170, 238, 164). Когда это заболевание только начинало изучаться, значение психических факторов как прово-

цирующих агентов произвело на некоторых ученых настолько сильное впечатление, что было принято считать: сильный эмоциональный шок может нести ответственность за возникновение определенной формы гипертиреоза, которая была обозначена как «Базедов , шок». В этой связи Москович (Moschowitz) отметил частоту, с которой эмоциональный кризис, вовлекающий большую группу людей, может провоцировать болезнь у многих индивидуумов.

Кроме своего этиологического значения, эмоциональные

изменения составляют важную часть симптоматики. Помимо увеличения щитовидной железы, экзофтальма, потливости и тремора, тахикардии, уменьшения скорости основного обмена, увеличения содержания йода в крови, диареи и других признаков расстройства вегетативной регуляции имеются характерные психологические изменения, такие, как раздражительность, колебания настроения, бессонница и тревожность, представляющие собой неотъемлемую часть общей клинической картины. Эти эмоциональные изменения могут быть вызваны путем введения избыточного количества тиреоидного гормона и могут поэтому рассматриваться как прямое следствие гиперфункции щитовидной железы. Остальные симптомы — как будет показано далее — являются нейрогенными. Причина гиперфункции щитовидной железы до сих пор остается не вполне ясной, но о существовании ее влияния хорошо известно после проводившихся Хорсли (Horsely) успешных

экспериментов по снятию симптомов микседемы путем введения вытяжки из щитовидной железы. Эффект, полученный с помощью подобной замещающей терапии, в равной степени впечатляет в плане как телесных, так и психологических изменений. Он показывает, что нормальное функционирование психики, в частности скорость психических процессов, зависит от нормальной секреции щитовидной железы. Летаргическая, замедленная и интеллектуально заторможенная личность больного микседемой представляет собой разительный контраст с живым, сверхчувствительным и тревожным характером пациента с гипертиреозом.

Получается, что взаимодействие между психологическими процессами и функциями щитовидной железы является реципрокным. Секреция щитовидной железы ускоряет психическую деятельность, увеличивает бдительность и чувствительность и таким образом предрасполагает к увеличению тревожности; и в то же время эмоциональные переживания воздействуют на секрецию щитовидной железы.

Физиология

Ускоряющее влияние тироксина не ограничивается психологическими процессами; он также регулирует скорость обмена веществ. Точный механизм действия гормона щитовидной железы до сих пор не вполне изучен; установлено лишь, что циркулирующий в кровеносной системе свободный неорганический йод, поглощаемый щитовидной железой, трансформируется в органическую связанную форму, и значительная его часть выделяется в виде белка, содержащего тироксин (тироглобулин). Тироксин ускоряет обменные процессы и кровообращение, что проявляется в учащении пульса, ускорении теплообмена и окислительных процессов, увеличении аппетита и потере веса. Точный механизм данного процесса пока что неизвестен. Тиреоидный гормон играет важную роль в процессе роста. Филогенетически он впервые появляется у амфибий, где его функция заключается в ускорении метаморфоза. Искусственное введение тироксина ускоряет переход саламандры из воды на сушу и смену жаберного дыхания на легочное. Филогенетическая эволюция от амфибий до наземного существования стала возможна благодаря развитию щитовидной железы.

У высших позвоночных тироксин способствует достижению

полового созревания; это иллюстрирует тот факт, что отсутствие тироксина при микседеме не только вызывает умственную отсталость, но также задерживает окостенение эпифиза трубчатых костей. Не без оснований Браун (Brown — 39) назвал щитовидную железу «железой творения». Он обратил внимание на тот факт, что «расположение и устройство матки у мечехвоста весьма напоминает устройство щитовидной железы с щитовидно-язычным протоком у личинок миног, являющихся одними из наиболее примитивных позвоночных». Гаскелл (Gaskell — 97, 98), ссылаясь на тот же факт, обнаружил, что «взаимосвязь, существовавшая с незапамятных времен между половыми органами и щитовидной железой у человека и других животных и до настоящего времени являвшаяся необъяснимой загадкой, может быть последним напоминанием о том времени, когда щитовидные железы представляли собой маточные железы наших древних прародителей».

То, что во время беременности щитовидная железа увеличена и имеет повышенную активность, является дополнительным свидетельством роли щитовидной железы в процессах роста и воспроизведения потомства (Soule — 217). Этому факту соответствуют наблюдения Кинга и Херринга (King и Herring — 131) о том, что пациенты с гипотиреозом часто являются бесплодными и у них повышена вероятность выкидыша. В этой связи важно также подчеркнуть, что, как считает Кеннет Рихтер (Kenneth Richter — 188), гипертиреоз усиливает выделение и выброс семени по семявыносящим протокам. Отсюда видно, что тиреоидный гормон оказывает положительное влияние на мужские детородные функции.

Такое множество наблюдений в области клинической патологии, эндокринной физиологии, эмбриологии и генетики приводит к следующим выводам: продукт щитовидной железы, тироксин, в первую очередь является стимулятором метаболизма на клеточном уровне и в этом качестве способствует интеллектуальному развитию, усиливает чувствительность, бдительность и в ее крайнем проявлении тревожность, а также стимулирует процессы роста и функции воспроизводства потомства. Для стимуляции функции требуется ускорение метаболизма; следовательно, можно предположить, что телу для соответствия высокому уровню требований необходимо увеличение секреции щитовидной железы. Получается, однако, что специфическая функция щитовидной железы состоит в продолжительном стимулирующем воздействии на организм в периоды выполнения им долгосрочных задач, к примеру во время беременности. Рост также является долгосрочной задачей для организма. Тироксин и гормон роста передней доли гипофиза взаимно усиливают действие друг друга.

Ta-203

кое долгосрочное воздействие тироксина является противоположностью кратковременному эффекту адреналина в критических ситуациях, требующих быстрой концентрации. Действие инъекции тироксина длится несколько дней, тогда как эффект от инъекции адреналина продолжается лишь несколько минут. Тем не менее адреналин и тироксин взаимно усиливают действие друг друга, и пациенты с тиреотоксикозом обладают повышенной чувствительностью к адреналину Ц;

(Crile - 52).

Однако функция щитовидной железы может быть изучена полностью только в ее комплексном взаимодействии с другими эндокринными железами. Особая ситуация возникает, когда источником активной секреции является опухоль щитовидной железы; при этом причина патологического ускорения выделения тироглобулина лежит за пределами железы. Имеющиеся данные говорят о том, что повышенный уровень секреции щитовидной железы возникает благодаря тиреостимулирующему (тиреотропному) гормону передней доли гипофиза. Избыточное выделение тиреотропного гормона является причиной гиперплазии щитовидной железы и гиперсекреции тироидного гормона. Далее, тиреотропный или какой-либо родственный ему гормон несет ответственность за экзофтальм, наблюдаемый при болезни Грейвса, данный феномен не зависит от активности щитовидной железы.

Обычно уровень секреции тиреотропного гормона передней доли гипофиза регулируется количеством гормона, вырабатываемого щитовидной железой. Однако при тиреотоксикозе эта регуляция перестает действовать, тиреотропный гормон начинает выделяться бес-

контрольно в огромном количестве, что выясняется при обнаружении высокой концентрации этого гормона в крови некоторых пациентов, страдающих диффузным токсическим зобом (De Roberts — 60). Удаление щитовидной железы или введение антитироидных препаратов больному гипертиреозом может снижать выделение тироксина и снимать большую часть симптомов гипертиреоза, хотя уровень секреции тиреотропного гормона может оставаться повышенным (Soffer и др. — 215) и

экзофтальм может прогрессировать.

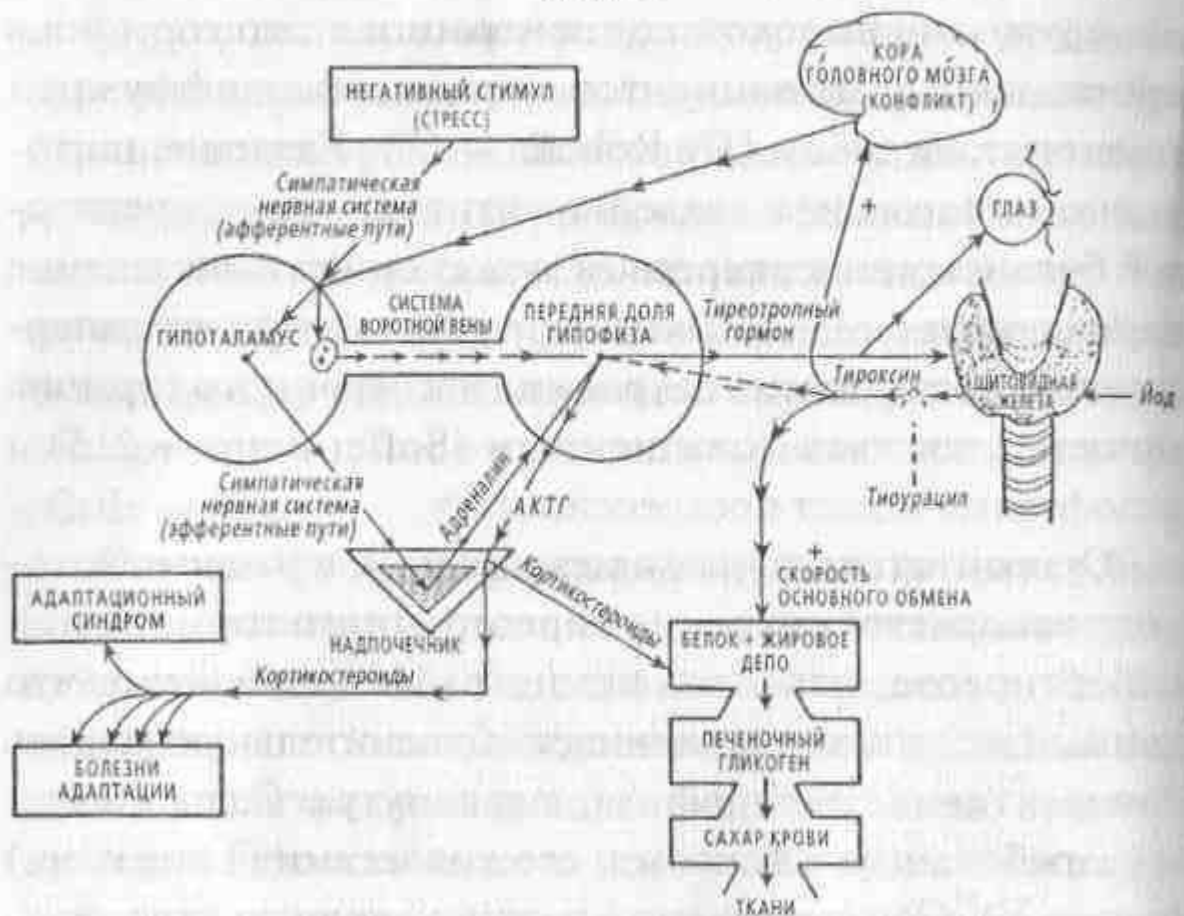
Относительно точного механизма, с помощью которого ускоряется секреция тиреотропного гормона при гипертиреозе, известно немного. Не исключено, что данный механизм напоминает объяснительную модель гиперактивности гипофиза, выдвинутую Селье (Selye) и разработанную Лонгом и его коллегами (Long и др.) (схема V). Соответственно различные виды стресса — химические, токсические, нервные и эмоциональные — могут активировать переднюю долю гипофиза путем прямого воздействия на гипоталамус либо косвенно, путем активации симпатико-медулло-адреналовой системы. Этим данным соответствуют наблюдения Соффера (Softer) относительно того, что введение адреналина может вести к увеличению секреции тиреотропного гормона (215), и наблюдение Уотила (Uotila — 236) о том, что перерезание гипофизарной ножки у крысы предотвращает гипертрофию щитовидной железы, возникающую под воздействием холода.

На схеме показаны механизмы возникновения и поддержания гипертиреоза. Активация гипоталамуса может приводить к (1) повышению секреции адреналина и последующей стимуляции передней доли гипофиза

205

путем усиленной циркуляции адреналина и/или к (2) секреции гипоталамусом некоего гуморального агента.

Схема V



который затем переносится в переднюю долю гипофиза. Стимуляция передней доли гипофиза вызывает повышенную секрецию тиреотропного гормона с последующей стимуляцией щитовидной железы. Показана реципрокная связь между щитовидной железой и передней долей гипофиза (Mirsky).

Таким образом, получается, что тиреотоксикоз не является локальным поражением щитовидной железы. Секреция щитовидной железы — это лишь одно эффекторное звено в цепи физиологических процессов; она регулируется тиреотропным гормоном передней доли

гипофиза, которая в свою очередь регулируется симпатической нервной системой и в итоге гипоталамусом. Через кортикоталамические пути психологические процессы оказывают влияние на гипоталамическую регуляцию гипофиза и в качестве последнего звена цепи на деятельность щитовидной железы.

Теперь мы уделим внимание специфике влияния психологических стимулов на деятельность щитовидной железы.

Психосоматические наблюдения

Провоцировать гипертиреоз могут многие факторы, но наиболее распространенными являются психическая травма и сильный эмоциональный конфликт. Важность эмоциональных факторов подтверждается тем постоянством, с которым эмоциональные

расстройства предшествуют наступлению болезни, и поразительным сходством эмоциональных факторов и структуры личности больных.

Некоторые исследователи описывали психодинамику гипертироидных больных. Льюис (Lewis — 138, 139) был поражен сильной инцестуозной фиксацией на отце с преобладанием фантазий, связанных с оплодотворением, которую проявляла женщина с гипертиреозом. Единственный мужчина, исследованный Льюисом, обнаруживал гомосексуальные желания и напоминал женщин ввиду сильного инвертированного эдипова комплекса, основанного на идентификации с женщиной.

Психоанализ трех женщин с гипертиреозом произвел впечатление на Конрада (49), который обнаружил у них крайнюю зависимость от матери, страх потери любви и пристанища, а также страх забот, предположительно связанных с ролью матери, и в результате — трудность идентификации себя с матерью. Конрад провел также широкое анамнестическое исследование таких больных и обнаружил статистически значимую частоту потери матери в раннем детстве, особенно при рождении ребенка. Некоторые пациенты мужского пола также обнаруживали чрезмерную зависимость от своих матерей. По-видимому, специфическим фактором, общим для всех больных, является трудность смены роли воспитанного на роль воспитателя.

Лидс (Lidz) также описывал необычную привязанность к родителям у двенадцати своих пациентов (140).

Результаты исследования Миттельманом шестидесяти больных были менее специфичны. Он подчеркивал чрезмерную зависимость от родителей и строгие требования. Он отмечал роль психотравмы, воздействующей на чувствительные точки больного.

Браун и Гильдеа (Brown и Gildea — 40) описали сходство характерных черт личности до наступления клинического синдрома у пятнадцати исследованных ими пациентов. Они отметили, что пациенты испытывали сильное чувство личной незащищенности, чувство ответственности, у них отмечалась тенденция контролировать внешние проявления эмоций. Все, что могло угрожать их защищенности путем длительного напряжения или внезапного эмоционального шока, могло спровоцировать гиперфункцию щитовидной железы. Хотя авторы и не ставили на этом акцент, но в описанных историях болезни невооруженным глазом видны борьба за защищенность и попытки добиться защищенности своими собственными силами.

Анамнестические интервью двадцати четырех пациентов, которые проводили Хэм, Кармайкл и Александер (Ham, Carmichael & Alexander — 116) совместно с членами психосоматического семинара психиатрического отделения Университета штата Иллинойс, и психоаналитическое исследование одного пациента, которое проводил Хэм в Чикагском институте психоанализа, подтвердили результаты предшествующих исследователей. В частности, это верно в отношении страха и тревоги, зависимости от родительских фигур, незащищенности, а также противоположных тенденций: усилий в отношении принятия ответственности, достижения зрелости, самодостаточности и проявления заботы об окружающих. Главной целью этого исследования

было выделить характерный психодинамический паттерн, в котором все эти различные психологические факторы взаимосвязаны друг с другом. Тщательный анализ данных выявил психодинамический паттерн, являющийся общим для мужчин и женщин с гипертиреозом. Угроза для защищенности в раннем детстве или младенчестве оказалась динамическим ядром и была зачастую связана с выраженным страхом смерти, которому была подвержена большая часть этих больных с раннего возраста. Эти результаты согласуются с выводом Конрада о высокой частоте случаев потери матери в раннем возрасте. Однако это был не единственный источник страха и незащищенности; несчастливый брак родителей, неустойчивая психика одного из родителей, родительское неприятие, крайние формы экономического давления, рождение младшего брата или сестры в больших семьях, приводящее к фактическому игнорированию родителями, а также разные другие жизненные ситуации

служили источниками страха и незащищенности, про-|
являемыми пациентами, *f*

Угроза для защищенности в детстве — это весьма распространенное явление как у невротиков, так и у здоровых индивидов. Характерным для пациентов с гипер'-тиреозом является их способ обращения с этой незащищенностью. Под действием описанных выше внешних обстоятельств эти пациенты не могут преодолеть свою тревогу, обращаясь к своим родителям за помощью. Их зависимые потребности постоянно фрустрируются судьбой, родительскими установками, потерей одного или обоих родителей, родительским неприятием, а также более сложными конфликтами, включающими чувство вины. Поскольку их зависимые потребности оказываются фрустрированными, они совершают отчаянную попытку преждевременно проидентифицироваться с одним из родителей, обычно с матерью. («Если у меня нет возможности быть рядом с ней, я должен стать похожим на нее, для того, чтобы я мог обходиться без нее».) Такая скороспелая идентификация опережает их физиологические и психологические возможности и приводит к постоянной борьбе по преодолению тревоги и незащищенности путем псевдонезависимости. Подобные черты наблюдались Конрадом, который описал их как неспособность жить согласно материнским принципам, которых эти пациенты тщетно пытаются достичь. Браун и Гильдеа наблюдали аналогичный феномен, отметив парадоксальное сосуществование незащищенности и усилий, направленных на принятие ответственности. Кроме того, Руш и его коллеги (Ruesch и др. — 200) отметили, что жизненные об-

стоятельства часто вынуждают подобных больных брать на себя ответственность.

Постоянная борьба с тревогой может проявляться в виде отрицания, нечто вроде антифобической установки:

компульсивное побуждение взять на себя деятельность, вызывающую наибольший страх. Этим может объясняться побуждение брать на себя ответственность и быть полезным, несмотря на глубинную зависимость и незащищенность. У некоторых больных наиболее выступающей чертой личности, начиная с детства, было принятие материнской роли; таким образом, они становились вторыми матерями для своих младших братьев и

сестер.

Такое эмоциональное расхождение проявляется в различных формах — компульсивное побуждение забеременеть, несмотря на страх беременности, или попытка преодолеть страх с помощью самодостаточности, которой пациент пытается достичь путем идентификации с человеком, в отношении которого направлены фрустрированные зависимые желания. Аналогично страх смерти, преодолеваемый желанием дать жизнь ребенку. Потеря матери, преодолеваемая, когда пациентка сама становится матерью. Оно может также выражаться в фантазиях о беременности, как отмечает Нолан Льюис (Nolan Lewis). Во всем этом проявляется постоянное стремление преодолеть тревогу, которым объясняется высокая частота фобий у гипертироидных пациентов

(Ficarra & Nelson — 86).

Исключительной и поразительной особенностью является высокая частота сновидений про смерть, гробы, призраков и мертвых, спонтанно рассказываемых такими пациентами.

211

Сильное подавление агрессивных импульсов, возникающее как следствие чрезвычайной зависимости, наблюдалось в чикагском исследовании, а также в исследовании Руша (Ruesch и др.). Взятие на себя материнской роли, защищающая установка по отношению к младшим сиблингам, часто представляет собой гиперкомпенсацию соперничества с ними и требует подавления агрессии. Защита младших сиблингов дает компенсаторное удовлетворение собственных зависимых потребностей пациента, а также искупает вину, возникающую вследствие соперничества.

Псевдозрелость, чрезмерные усилия по принятию на себя материнской роли путем частых беременностей и исключительной заботы об окружающих, антифобические установки — все это отражает попытку пациента с гипертиреозом преодолеть тревогу путем самодостаточности. Это постоянное усилие, направленное на достижение самодостаточности, потребность пациента стать преждевременно независимым, можно объяснить тем, что тревога, возникающая из-за угрозы для защищенности в раннем детстве, не может быть устранена с помощью зависимости от других.

Эти особенности иллюстрируются следующими выдержками из историй болезни¹.

Поразительный пример ранней незащищенности после смерти родителей и наблюдения других эпизодов, связанных со смертью, представляет собой случай Д. Б., вдовы 32 лет. Будучи ребенком, она жила в сильной нищете, с ней грубо обращался отчим, который появился

Эти истории болезни полностью были опубликованы в описании вышеупомянутого исследования (Ham, Alexander & Car-michae] — 116).

после развода родителей. Когда ей было четыре года, она видела женщину, сгоревшую насмерть. В восемь лет она видела случайно перевернувшийся гроб и труп своей маленькой знакомой трехлетней девочки, выпавший на пол. Она была свидетелем самоубийства своего дедушки, а также смерти бабушки. Эти ужасные события она до сих пор ярко помнит во всех деталях. Позднее умер муж, заставив ее содержать семью.

А вот примеры преждевременной потребности в самодостаточности, проявляющиеся в активном участии и поддержке семьи и взятии на себя заботы о младших сиблингах.

Б.Р., 13-летняя белая девушка, описываемая матерью как «маленькая мать», раньше времени повзрослевшая, послушная и надежная. Она научилась готовить в шесть лет и с тех пор готовила и помогала по дому. Когда ее мать заболела, она подметала и убирала в доме и заботилась обо всей семье. Она была как вторая мать для своего младшего брата.

Х.Д., 35-летний холостой мужчина, последний из восьми детей, единственный из них мужского пола, оставшийся в живых. Двое старших братьев умерли в возрасте 10 и 3 лет соответственно, и один брат умер дома через неделю после своего рождения, когда пациенту было два года. Его отец был пуританин, грубый, скрывающий свою собственную слабость и незащищенность. Он был склонен демонстрировать свою любовь явно и ласкал своих детей, пока они были беспомощными младенцами, но начинал требовать от них взрослого поведения, когда они стали ходить и говорить. Мать постоянно унижалась отцом из-за того, что у нее имелся незаконнорожденный ребенок (старшая сестра пациента), •т

и была взята замуж отцом пациента «из жалости». Она не могла противостоять отцу и, когда пациент был со-» всем маленьким, несколько лет работала в семейной лавке. Отец мешал матери и старшим сестрам уделять пациенту много внимания. После того, как пациент пошел в первый класс, отец настоял, чтобы больше ни- ;

кто не читал ему веселые книжки, потому что он дол-Ч жен учиться читать самостоятельно. Постоянное давление заставляло его вести себя по-взрослому, но при этом он постоянно ограничивался в плане активного проявления своих интересов.

Почти у всех пациентов присутствует неспособность открыто выражать агрессию, особенно в отношениях соперничества с сиблингами.

Е.Б., 24-летняя незамужняя цветная женщина, была вундеркиндом и делала большие успехи в учебе. Она была очень сознательная, никогда не прогуливала занятия. Ее мать была учительницей, «очень интеллигентной и красивой женщиной». Больная, по-видимому, конкурировала с ней, но никогда не выражала свою враждебность открыто. Когда ее мать заболела, больная взяла | на себя ответственность за двух младших сестер и стала матерью по отношению к ним. Она поддерживала их материально даже во время учебы в университете. Она всегда была самодостаточна и крайне амбициозна, контролировала и подавляла большую часть своих феминных желаний для достижения своих интеллектуальных целей.

Побуждение к увековечению себя путем деторожде-; ния ясно показано в следующем случае.

Пробившись через среднюю школу и университет, Д. Б. оставила свои амбиции стать врачом и согласилась

пойти на курсы фармацевтов. В восемнадцать лет она вышла замуж за друга детства, и они вместе открыли дело. Несмотря на свою фригидность, она хотела иметь детей, и через четырнадцать лет у нее было пять детей, которых она назвала Керри, Бэрри, Гари, Терри и

Мэри. Она утверждала: «Если бы мой муж не умер, у меня были бы все дети, которых медицина могла бы мне дать. Это так тяжело и больно, но, чем больнее, тем сильнее их любишь». После смерти мужа больная работала одновременно на двух работах — для полной уверенности в том, что дети будут хорошо одеты. Кроме того, она взяла в дом престарелую тетюшку и ухаживала за ней.

Следующий случай иллюстрирует антифобический механизм совладания с тревогой.

С.К., 43-летний белый мужчина, подвергся нападению бандитов. Вместо того, чтобы подчиниться их требованиям, он полез в драку и был избит дубинкой до потери сознания. Некоторое время после этого у него были дисфония и блефароспазм. Он утверждал, что никогда не испытывает страха. После того, как его начальник несколько раз ложно обвинял его или подталкивал к опасным занятиям, он пришел в ярость и прокрался в кабинет начальника с намерением подраться с ним.

В этом случае наблюдается сильное желание забеременеть.

Ф.Ц., 36-летняя белая замужняя женщина, была старшей среди десяти детей, из которых выжило только четверо. Она осталась жить дома и помогать своей матери, пока ей не исполнилось тридцать лет. В течение всего периода ее взросления вплоть до замужества в возрасте 31 года она испытывала сильное чувство страха по отношению к мужчинам. Однако в 30 лет у нее начались ^ отношения с мужчиной, несмотря на недовольство со стороны отца; у нее сильно повысилась нервозность, начались диарея и потеря веса в течение всего периода отношений с партнером. У нее было сильное осознанное желание стать беременной, и она забеременела практически сразу после вступления в брак. Как только она узнала о своей беременности, она начала себя «превосходно» чувствовать и в течение беременности и первые два года после рождения ребенка она окрепла и значительно прибавила в весе по сравнению с первоначальными показателями. Она чувствовала себя более сильной и счастливой, чем когда-либо ранее. В течение этого ^ же периода она испытывала постоянное чувство беспокойства, неуверенности в себе из-за бытовых проблем, распространенных среди женщин, переезжавших вместе со своими служившими в армии мужьями с одной военной базы на другую. Симптомы стали проявляться, когда пациентка и ее муж переехали в дом его родителей. По экономическим причинам она не могла снова забеременеть. Пациентка решила работать, чтобы заработать деньги на приобретение собственного жилья, для достижения независимости и защищенности, а также чтобы получить возможность иметь больше детей.

Следующие случаи иллюстрируют типичные сновидения о смерти.

Д. Б. рассказывала о сновидениях, после которых она просыпалась в сильной тревоге. «Покоившиеся в могиле бабушка и дедушка восстали из гробов, чтобы затащить меня к себе. Бабушка была мертва и покрыта мухами, и я попыталась их отогнать. Мой муж также преследовал меня и пытался то ли поймать меня, то ли затащить к

себе в гроб». Рассказывая эти сновидения, пациентка отметила: «Я всегда боялась смерти». На своем пропуске на выход из клиники она написала свое завещание.

Ц.Д., 33-летняя цветная женщина, рассказала следующий сон. «К моей кровати приближался гроб, в котором находился старый

бородатый белый мужчина, и
он меня настиг».

В сновидениях Дж.К., 42-летней замужней белой женщины, постоянно присутствовали кровати. Они всегда снились ей прежде, чем умирал кто-то из членов семьи. Однажды ей приснилось пять кроватей: «Матери, отца, двух детей и мужа». Она рассказала сон, приснившийся ей неделю назад: «Я заправляла постель. Она была моей собственной». Она думала, что это означает ее скорую смерть.

Психосоматические соображения

При рассмотрении стимулирующего воздействия щитовидной железы на рост ребенка возникает соблазн непосредственно связать гиперактивность этой железы с очевидной потребностью гипертиреоидного пациента как можно скорее повзрослеть. Не вызывает вопросов тот факт, что постоянные усилия пациента сохранить псевдозрелость ведут к стрессу и могут вызывать активацию секреции тиреотропного гормона передней доли гипофиза. Затем, когда психологические защиты от фрустрированных зависимых потребностей (например, гиперактивность, помощь окружающим, принятие материнской роли) разрушаются и человек не может больше справляться со своей глубинной тревогой, стресс может стать непреодолимым, чрезмерно стимулируя систему, отвечающую за регулирование процесса созревания²¹⁷

ния, хронически перегружавшуюся с самого раннего детства в ситуации постоянной необходимости ускоренного созревания.

Окончательный вопрос по-прежнему остается без ответа: почему реакцией этих пациентов на незащищенность являются усилия, направленные на достижение зрелости, а не регрессивные симптомы? То, что их зависимые тенденции непрестанно терпят неудачу по вине обстоятельств, само по себе не объясняет подобный тип реагирования. Возможно, что они предварительно прошли период успешной адаптации, вероятно в грудном возрасте, что поощрило их стремление к независимости. Решающим фактором может быть, конечно, наследственность.

Большинство авторов признают помимо влияния среды наследственный фактор при врожденной чувствительности к гипертиреозу, но расходятся в оценке значимости этого фактора. Такой опытный клиницист, Ц как Москович (Moschowitz), к примеру, подчеркивает важность средовых факторов, тогда как Браун и Гильдеа ставят акцент на врожденные качества. Что бы там ни было, можно не сомневаться в том, что гипертиреоидный пациент всю жизнь борется со своей тревогой, пытаясь достичь самодостаточности раньше времени, и что эта псевдозрелость может поставить его перед стрессом в ситуации, когда жизнь сделает эту борьбу невозможной.

Характерный динамический паттерн при тиреотоксикозе

Фрустрация зависимых желаний и постоянная угроза для защищенности (оставление на произвол судьбы и другие угрожающие переживания) в раннем возрасте

> безуспешные преждевременные попытки проидентифицироваться с объектом зависимых желаний > продолжительные усилия, направленные на стремление к преждевременной самодостаточности и оказанию помощи окружающим > неуспех в стремлении к самодостаточности и помощи окружающим >

тиреотоксикоз.

2. УТОМЛЕНИЕ

Утомление — это субъективная реакция на чрезмерную продолжительную деятельность. Оно может возникать как физическое истощение после мышечного напряжения или как психическое утомление после длительной интеллектуальной концентрации. Важными факторами являются эмоциональная вовлеченность и заинтересованность. При выполнении скучной рутинной деятельности человек может чувствовать себя усталым после сравнительно легкого напряжения, тогда как он же может не испытывать истощения во время напряженной работы, если он страстно заинтересован в том, что он делает.

Точные взаимосвязи между такими эмоциональными факторами и утомлением до сих пор практически неизвестны. Здесь будет рассматриваться только одна специфическая форма утомления, связанная с нарушениями регуляции углеводного обмена.

Острые приступы сильной усталости и истощения, сопровождаемые головокружением, холодным потом, страхом обморока или беспредметной тревогой, хорошо знакомы клиницистам как проявления гипогликемии. Иногда в подобных случаях в качестве основного фактора выявляется гиперинсулинизм, вызываемый аденомой поджелудочной железы.

В течение последних пятнадцати лет рядом авторов исследовалась спонтанная гипогликемия. С появлением инсулинотерапии стало очевидным, что психологические следствия гипогликемии, возникающие после инъекции инсулина, аналогичны тому, что наблюдается в случаях спонтанной гипогликемии. Поэтому в качестве непосредственной причины был предложен функциональный гиперинсулинизм. Психологические проявления в подобных случаях описывались как психиатрами, так и терапевтами (Wilder; Rennie & Howard; Romano & Coon; Himwich и др. — 249, 186, 190, 199). Wilder подчеркивает, что помимо телесной симптоматики (утомление, голод, потение и тремор) имеются сопутствующие ей психологические проявления, такие, как притупленность сознания, невозможность сосредоточиться, абulia, а также депрессивное или тревожное состояние психики. В более тяжелых случаях могут;

наблюдаться манерность, речевые нарушения, двоение в глазах, атаксия (стриопаллидарная симптоматика). Himwich (Himwich) выделяет пять последовательных этапов, отражающих последовательность охвата различных зон мозга нарушениями обменных процессов:

(1) Кортикальная стадия — потение, слюноотделение; мышечная слабость и тремор, а также постепенное затуманивание сознания.

(2) Субкортикально-диэнцефальная стадия — здесь основным симптомом является моторная неукомость, проявляющаяся в примитивных движениях, таких, как рычание, гримасничанье и хватание.

(3) Мезенцефальная стадия, характеризующаяся тонической судорогой и положительным рефлексом Бабинского.

(4) Промидиоэнцефальная стадия, на которой тоническая судорога переходит в судорогу мышцы-разгибателя. Эта стадия соответствует

проявлениям, наблюдающимся у собаки, лишенной головного мозга в опытах

Щеррингтона.

(5) Миэленцефальная стадия, на которой наступает глубокая кома. На этой стадии доминирует парасимпатический мышечный тонус.

В обычных случаях функциональной гипогликемии, как правило, наблюдается только первая стадия — со слабостью, дрожанием и потением. Тревога может присутствовать или отсутствовать в зависимости от склада личности больного.

Первое психосоматическое исследование подобных случаев проводили Зонди и Лакс (Szondi и Lax) в 1929 году (231). Они обследовали невротиков (31 человек), страдающих от упадка сил и апатии, классифицируемых в соответствии с принятой тогда терминологией, как «неврастеники». Эти пациенты получили 50 граммов декстрозы перорально. Сахар в крови у этих пациентов через полчаса повысился в половину слабее, чем у двадцати шести контрольных испытуемых. Считалось, что существует тесная связь между синдромом утомления и полученной кривой толерантности к глюкозе. Было предположено, что у неврастеников нарушен механизм, Регулирующий усвоение глюкозы. Подобная кривая толерантности к глюкозе является неотъемлемой частью

^тонического синдрома.

В 1942 году Рени и Ховард (Rennie и Howard) описали шесть пациентов, страдающих от «снижения напряжения», при этом были выявлены аналогичные кривые, вторые приобретали более нормальный вид после раз-РБЩения эмоциональных проблем пациентов.'В 1943

году Портис и Цитман (Portis и Zitman — 182) наблюдали похожие кривые толерантности к глюкозе у сорока-, пациентов, жалующихся на чрезмерную усталость; они, предположили, как и предыдущие авторы, что здесь может играть роль гиперинсулинизм, вызванный гиперактивностью правого блуждающего нерва. Они использовали атропин и исключили сахар из рациона, позво- , лив употреблять только сложные углеводы. Во всех этих случаях они наблюдали возврат сахарной кривой к норме. Эти исследования стали первым положительным свидетельством центрального эмоционального происхождения подобного состояния. Под влиянием этих исследований Александер и Портис (Alexander и Portis — 16) провели параллельное исследование девяти пациентов с психодинамической точки зрения. Во всех этих слу-;

чаях психодинамическая ситуация коррелировала с состоянием углеводного обмена. При реконструкции личностного развития этих пациентов самым удивитель-

ным результатом были отсутствие заинтересованности ;

и полная безынициативность как в своей повседневной деятельности — на работе, в школе, так и в ведении домашнего хозяйства. Отсутствие заинтересованности распространялось также и на социальную активность. В большинстве случаев острое состояние утомления развивалось после того, как пациент отказывался от достижения желаемой цели, оставлял надежду и подчинял свою жизнь неприятному распорядку, к которому он чувствовал внутреннее отвращение.

Больная, 55-летняя женщина, страдала от периодических приступов диареи, головной боли и непреодолимой усталости. Сама больная объясняла свое состояние своей инертностью. Она боялась любого усилия, относилось ли оно к обязанностям по дому, социальным обязательствам или к посещению собственных детей. Она увязла в жизненных ситуациях, не имевших выхода. Эти тупики порождали инертность.

Другой пациент, 37-летний женатый бизнесмен, стал испытывать приступы утомления, когда исчез основной стимул его работы — одобрение начальства, частично из-за того, что дела шли плохо, и частично из-за того, что он стал заниматься более ответственной работой.

Третий пациент, врач, страдал от фобий, и у него начались приступы утомления после того, как он стал заниматься частной практикой против собственного желания.

У художника приступы начались сразу после того, как он занялся бизнесом, относительно которого он ощущал сильный эмоциональный протест. В то же время он оставил дело, составлявшее цель его жизни.

У домохозяйки начались приступы утомления после того, как ее муж отказался иметь детей. Поскольку ей пришлось отказаться от своего страстного желания родить ребенка, ее жизнь потеряла смысл и стала невыносимой. Она стала апатичной, и у нее начались приступы истощения.

Александр и Портис сравнили эту психологическую ситуацию с эмоциональной сидячей забастовкой. Когда эти пациенты оказывались фрустрированными в своих подлинных желаниях и наклонностях и были вынуждены заниматься скучной деятельностью вопреки собственному желанию, у них развивалась собственная форма протеста. Такое эмоциональное состояние часто сопровождалось агрессивными фантазиями, в которых эти люди отказывались от любых усилий и амбиций; они позволяли себе осуществлять свои желания только в воображении. Физиологическая сторона этого эмоцио223

нального состояния характеризуется следующей формой кривой толерантности к глюкозе: уровень сахара растет медленнее, через полчаса после инъекции сахар достигает более низкого уровня, чем в норме, спустя два часа в крови также сохраняется сравнительно низкий уровень сахара. Александр и Портис обнаружили, что первоначальный уровень сахара в крови был не ниже нормального. Они предположили, что существует причинная связь между психологической ситуацией и нарушением механизмов регуляции углеводного обмена, то есть что нарушение углеводного обмена является физиологической стороной эмоционального состояния пациента.

Рабочая гипотеза, выдвинутая авторами, разделяет основные взгляды Кэннона. Подготовка к деятельности, направленной вовне, стимулируемая страхом или злостью, меняет симпатикопарасимпатический баланс в пользу симпатической активности. Они развили точку зрения Кэннона, предположив, что не только страх и злость, но также энтузиазм, живой интерес и продолжительные целенаправленные усилия производят как бы настройку симпатико-адреналовой системы. Сим-патикотоническое влияние живого интереса, по-видимому, менее интенсивное, но более длительное, чем

влияние страха или гнева. Без такой эмоциональной настройки вегетативных функций длительное влияние не могло бы эффективно осуществляться. Хорошо известно, что формальная деятельность, выполняемая без эмоциональной включенности, является более утомляющей, чем крайне напряженная активность, осуществляемая с сильным эмоциональным участием. Стало очевидным, что не только стимулирующее влияние симпатического тонуса отсутствует у этих пациентов, но в то же

время под влиянием эмоционального протеста и регрессии начинает наблюдаться регрессия вегетативных функций, приводящая к состоянию пассивности и расслабленности, которое характеризуется предпочтением парасимпатического тонуса. Организму приходится под влиянием внешнего давления или внутреннего голоса разума осуществлять продолжительную активность без необходимой симпатической стимуляции. Не только симпатическая стимуляция отсутствует, но и весь организм, напрягая себя эмоционально и вегетативно, находится в состоянии регрессии и расслабленности. Физиологически это проявляется в повышении парасимпатического тонуса и усилении инсулиновой секреции. Таким образом, возникает парадоксальная ситуация, когда вегетативная реакция организма в ситуации нагрузки становится такой, как если бы организм отдыхал. Эту психофизиологическую ситуацию я назвал «вегетативный уход». Характерной особенностью данного состояния является расстройство механизма, отвечающего за регуляцию углеводного обмена.

Позднее проблему утомления, связанного с расстройствами углеводного обмена, исследовали Карлсон, Мак-Каллох и Александер (Carlson, McCulloch & Alexander — 44). Было произведено сравнение между 21 больным, страдающим от утомления, и 29 нормальными испытуемыми в отношении кривых толерантности к глюкозе. В группе пациентов с утомлением концентрация сахара в крови к концу эксперимента упала гораздо сильнее, чем у нормальных испытуемых. Различие являлось статистически значимым. У многих пациентов с утомлением возникало сильное, но короткое повышение уровня сахара в крови между 15 и 35 минутами после инъекции. Ввиду этих временных повышений нецелесообразно всецело полагаться на данные, основанные на 30-минутных интервалах. Причина этих внезапных временных повышений после резкого понижения в настоящее время еще до конца не установлена. Вероятно, это проявление резкой корректировки гомеостатического равновесия, возникающее в результате компенсаторного симпатического возбуждения в качестве защитного средства от внезапного падения уровня сахара в крови, наступающего вскоре после инъекции.

Карлсон (Carlson) проводил продолжительное психоаналитическое консультирование 31-летнего писателя, страдавшего от затяжного утомления и острых приступов истощения начиная с семнадцатилетнего возраста. Он пошел в университет по настоянию отца и вопреки своему нежеланию. В этот момент появились скука, уход от активной жизни и синдром утомления. Ощущение истощения, слабость в ногах и обмороки непрерывно усиливались. Когда он заставлял себя выходить или перед началом работы он часто ощущал напряжение, тремор, усиленное потоотделение и нервное возбуждение. Он пытался успокоиться с помощью непрерывного

курения и питья кофе.

Пациент был нежеланным ребенком, маленького размера при рождении и всю жизнь оставался слабым и физически неразвитым. Он страдал от чувства собственной неполноценности из-за хрупкого телосложения и слабости. Брак родителей был несчастлив; отец многое пил и был тираном в семье. Всю свою жизнь пациент был и очень привязан к своей сестре, которая была на три года его моложе. Он невероятно боялся своего отца; в его память врезалось, что когда отец застал его за мастурбацией, то стал угрожать ему умопомешательством. Когда пациенту было всего восемь лет, отец настаивал на том,

чтобы он работал по дому, торговал газетами; все это он делал с внутренним чувством протеста. Когда ему было десять лет, у него была сексуальная связь с сестрой. Долгое время у него была любимая регрессивная фантазия:

убежать с ней в далекую сказочную страну. В школе он постепенно отошел от социальных контактов; он боялся как учителей, так и сверстников. Он несколько раз менял университеты и в двадцать три года пошел работать на фабрику. Некоторое время он работал матросом и разнорабочим, но в итоге стал писать и заниматься редактурой, к чему он имел способности. Он преуспел и получил таким образом постоянный заработок.

У этого пациента «вегетативный уход» может быть ясно восстановлен. В качестве защиты от своих регрессивных склонностей и под внешним давлением — сначала отца, а позднее насущной необходимости — пациент пришел к активной деятельности и добился успехов, в отношении чего всегда ощущал глубокое отвращение. Он бессознательно идентифицировался с младшей сестрой, ведущей тихую жизнь, отрицал свои мужские обязанности и осуществлял в своих фантазиях регресс к пассивному, зависимому существованию. Он не мог, однако, полностью принять такую установку, входящую в конфликт с его гордостью и амбициями. Под влиянием этого конфликта он добился успехов. Его агрессивная соревновательная установка по отношению к отцу, а позднее — по отношению к конкурентам усиливала тревожность, он был вынужден отступать и в дальнейшем.

Этот психодинамический фактор — конфликт между пассивными зависимыми желаниями и реактивными агрессивными амбициями — широко распространен, если не всеобъемлющ, в нашей цивилизации и едва ли может служить объяснением для синдрома утомления

данного типа. Более специфическими при утомлении являются, по-видимому, следующие факторы:

(1) Отсутствие надежды на достижение каком-либо желаемой цели; фрустрирующая борьба против непреодолимых препятствий.

(2) Отсутствие подлинного побуждения. Деятельности, особенно однообразная, которая выполняется в первую очередь под воздействием внешнего давления или А вследствие внутренней компульсии, а не на основе все- " поглощающего интереса.

(3) Роль тревожности менее стабильна. В ряде случаев под воздействием длительной фрустрации возни- | кает компенсаторная агрессивность, которая приводит А к тревожности. В дальнейшем это способствует регрес-| сивному уходу от деятельности.

(4) В ряде случаев у мужчин возникает идентифика-| ция с женщиной, противопоставляемая агрессивным амбициозным

установкам.

В случае, исследовавшемся Карлсоном, была ясно заметна корреляция между эмоциональными состояниями и изменением кривой толерантности к глюкозе. В период госпитализации три анализа, взятых в разном эмоциональном состоянии, показали заметные различия. Вначале, когда пациент был напряжен и утомлен, кривая толерантности к глюкозе была патологической; после десяти дней пребывания в клинике, когда напряжение и утомление были несколько ослаблены с помощью психотерапии, была получена нормальная кривая. Возможно, что, хотя синдром утомления во многих случаях может приобретать хроническое течение и становится особенностью пациента, тем не менее мы имеем дело не с нозологической формой, а с временным физиологическим расстройством. Вероятно, каждый

человек сильнее утомляется, осуществляя скучное и безнадежное занятие, и эта утомляемость основана на изменениях углеводного обмена. Для спокойного функционирования во время работы организму необходимо стимулирующее воздействие живого интереса, под влиянием которого происходит более эффективная регуляция углеводного обмена. У организма, вынужденного функционировать вопреки своему желанию, будет проявляться не только эмоциональный протест, но также и соматический, состоящий в расстройстве функции усвоения и переработки углеводов.

Многим больным может помочь изменение внешних обстоятельств, дающее им возможность реализовать свои истинные побуждения. В других случаях наличие внутренних конфликтов не дает возможности такого простого решения и требует систематической психотерапии.

Нет какого-либо специального типа личности, попадающего в эту категорию; любой человек до некоторой степени может демонстрировать временные симптомы такого типа истощения. Использование атропина и диеты, не включающей сахар, а только сложные углеводы, может быть полезным в преодолении острой симптоматики. По-видимому, проглатывание куска сахара успешно противодействует утомлению только в течение весьма короткого промежутка времени и часто усугубляет симптоматику, запуская контррегуляторные гомеостатические механизмы (алиментарный гиперинсулинизм). В этом состоит основная причина того, чтобы избегать сахара в рационе и употреблять только сложные углеводы, которые не меняют уровень сахара в крови настолько быстро. Как уже было сказано, полезное действие атропина состоит в парализации

нерва, являющегося одним из регуляторов внутренней секреции поджелудочной железы.

В любом случае, когда имеет место хроническая конфликтная ситуация, с помощью диеты, фармакологических препаратов или изменения внешних жизненных обстоятельств можно достичь лишь временного снятия симптоматики. В таком случае требуется постоянная психотерапия,

3. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Общеизвестно, что психологические факторы могут оказывать влияние на протекание сахарного диабета, но возможная

этиологическая значимость этих факторов не выявлена.

Наличие «восприимчивости» к развитию диабета от- Ц мечается во многих исследованиях, в которых также от- | мечается высокая семейная заболеваемость, источником которой, возможно, является наследование одного или более генов (Joslin — 128). Поскольку правильный метаболизм продуктов питания зависит от сочетания деятельности внутриклеточных ферментов и их регуля-1 ции эндокринной и нервной системами (Soskin & Le- | vine — 216), расстройство этих систем может приводить к синдрому диабета. Восприимчивый к диабету индивид, по-видимому, рождается с некоторыми ограничениями какой-либо из регуляторных систем и может стать j жертвой достаточно интенсивного или продолжительного стресса. Колуэлл (Colwell) считает, что по сути диабет начинается с рождения безотносительно того факта, что клиническая картина болезни возникает значительно позже (Colwell — 48).

Считается, что сахарный диабет у мужчин является проявлением инсулиновой недостаточности. Эта недостаточность может возникать вследствие снижения секреции инсулина поджелудочной железой либо по причине усиленного разрушения инсулина в тканях (Mirsky — 162). Вне зависимости от действующего механизма конечным результатом недостаточности является увеличение скорости превращения гликогена в сахар и усиление мобилизации жиров и белков из их хранилищ в печень, где они превращаются в глюкозу, ацетоновые тела и другие промежуточные и конечные продукты. Это приводит к уменьшению содержания гликогена в тканях, при этом кровь обогащается глюкозой, в результате возникает гликозурия.

Кэннон показывает, что страх и тревога могут вызывать гликозурию у нормальной кошки и у нормального человека. Таким образом подтверждается гипотеза о том, что эмоциональный стресс может стимулировать расстройство углеводного обмена даже у лиц, не страдающих диабетом (Cannon — 43). Однако последние данные говорят о том, что, хотя «эмоциональная гликозурия» может быть вызвана у большинства недиабетиков с помощью интенсивных переживаний, в то же время значительного повышения концентрации сахара в крови у них не происходит (Mirsky — 160). Другими словами, у нормальных индивидов может развиваться «эмоциональная гликозурия», но у них редко возникает «эмоциональная гипергликемия». По-видимому, если физиологические механизмы, ответственные за поддержание уровня сахара в крови, адекватны, как у нормальных индивидов, происходит быстрая компенсация любых эмоционально обусловленных изменений. У диабетика регуляторные механизмы нарушены и "поэтому

гомеостатическое равновесие становится невозможным.! Этим объясняется распространенное наблюдение, ког-;

да эмоциональные сдвиги могут усугублять уже имеющееся расстройство метаболизма у диабетика. Возможно, что такое усугубление диабетического статуса происходит благодаря усиленному распаду гликогена печени, имеющего отношение к активации вегетативной нервной системы и секреции адреналина. Подобный механизм может нести ответственность за периодические колебания уровня сахара, наблюдаемые у диабетиков.

Можно предположить, что у индивидов, имеющих некоторые Ограничения физиологических регулятор-ных механизмов, под воздействием чрезмерного эмоционального стресса может развиваться временная гипергликемия. У этих индивидов, без малейшего сомнения, ограничена регуляция углеводного обмена, но не в такой степени, чтобы совершенно разрушиться под воздействием такой нагрузки. Возможно также, что продолжительный и повторяющийся стресс может приводить к постоянной декомпенсации сравнительно слабо адаптированных физиологических систем с последующим развитием сахарного диабета'.

Данбар (75) на основе своих «профильных исследований» сделала вывод, что диабетики в большей степени, чем нормальные люди, заменяют свое инфантильное зависимое состояние на более зрелое и независимое. У них имеется тенденция быстро регрессировать к зависимой установке и отстаивать свои независимые

Механизм, с помощью которого хроническое психическое 'Ц напряжение может приводить к подобной декомпенсации, предлагает Селье в своем описании «Адаптационного синдрома» (см. стр.82).

устремления в большей степени на словах, чем на деле. Согласно Данбар группа диабетиков является в большей степени пассивной, чем активной, и имеет тенденцию к мазохизму и нерешительности.

В своем психиатрическом исследовании детей с диабетом Брух и Хьюлетт (Bruch и Hewlett — 42) наблюдали, что в одной трети случаев заболевание сопровождается разрывом семейных связей, например разводом, разездом и т.д. Они обнаружили, что некоторые дети с диабетом имеют тенденцию к компульсивному поведению и покорности, тогда как остальные защищаются путем пассивного сопротивления. Авторами не было выделено какого-либо специфического типа личности.

Профили Данбар раскрывают в первую очередь защиты больного, а не конфликты, которые могут быть специфическим образом связаны с генезом заболевания. Последние могут быть установлены с помощью психоанализа.

Данбар описывает 29-летнего мужчину, у которого развился диабет спустя пять лет после того, как был прерван курс психоанализа (75). Его профиль был аналогичен типичному, по ее мнению, профилю для группы диабетиков в целом. Дэниеле (Daniels — 55) проводил психоанализ 33-летнего бизнесмена и сделал вывод, что его диабет является последствием хронической тревоги, связанной с бессознательным инфантильным страхом быть побежденным и раненным вследствие агрессивных мятежных и сексуальных побуждений. Мейер, Боллмейер и Александер (Meyer, Bollmeyer & Alexander — 150) исследовали двух пациентов, мужчину и женщину, и у обоих пациентов наблюдались необычно сильные тенденции получать и принимать помощь. Эти па циенты «удерживали инфантильную зависимую уста- . новку и чувствовали себя фрустрированными, потому ? что их запросы на внимание и любовь не соответствовали 1 реальной ситуации взрослого человека и, следовательно, никогда не могли быть удовлетворены в достаточной степени. На эту фрустрацию пациенты реагировали агрессивно. Диабет развился, когда эти инфантильные желания воспрепятствовали реализации потребностей, которые оказались фрустрированы».

В настоящее время в рамках Чикагского института психоанализа проводится большое количество психо-

налитических исследований больных сахарным диабетом. По результатам исследований «у больного сахарным диабетом имеется базовый конфликт, связанный с приобретением пищи, который отражается в чрезмерно агрессивных оральных инкорпорирующих тенденциях. Эти инкорпорирующие импульсы проявляются множеством различных способов. Таким образом, имеет место тенденция к отторжению пищи, а впоследствии — повышенная потребность в ее восполнении. Эта потребность может выражаться в неудержимом желании есть, в желании быть накормленным и в наличии избыточных запросов на рецептивное удовлетворение в межличностных отношениях. Инкорпорирующие импульсы проявляются также в чрезмерной идентификации с матерью, и, следовательно, благодаря им может нарушаться психосексуальное развитие. У мужчин эта чрезмерная идентификация с матерью приводит к интенсификации базовой бисексуальности. У женщин враждебная идентификация с матерью активизирует защиты, направленные против женской сексуальности, особенно

в отношении функций размножения» (Benedek, Mirsky ИДР-). Наиболее важным провоцирующим фактором в генезе клинического синдрома диабета является ожирение, которое наличествует примерно в 75% случаев. Однако само по себе ожирение не может рассматриваться в качестве причины диабета, поскольку диабет развивается лишь у 5% тучных индивидов. По имеющимся данным, ожирение приводит к повышенной потребности в инсулине. Если поджелудочная железа нормально функционирует, то возрастающая потребность в инсулине может быть удовлетворена. У тех тучных пациентов, у которых скорость расщепления инсулина высока и превышает возможности регуляторного механизма, развивается инсулиновая недостаточность и в конечном счете диабет. В главе 9 было показано, что переедание обычно является результатом расстройства эмоционального развития личности. Следовательно, у пациентов, у которых сахарный диабет развивается вследствие переедания, психологические факторы имеют этиологическую значимость.

С другой стороны, наличие агрессивных орально-инкорпорирующих тенденций при диабете изначально может быть выражением врожденной физиологической дефицитарности. Диабетик рождается с таким потенциалом, который никогда не сможет удовлетворить его биологические потребности. Избыточные оральные потребности могут являться результатом этой базовой физиологической недостаточности (Mirsky — 159). Эти наблюдения были сделаны в ходе ведущейся в настоящее время в Чикагском институте психоанализа исследовательской работы.

Этот феномен аналогичен тем явлениям, которые наблюдаются при повышенной потребности в соли у пациентов с адрено-кортикальной недостаточностью или в случае высокого потребления соли крысой, подвергнутой адреналэктомии.

Наступление сахарного диабета, подобно любой хронической болезни, может вызывать глубокие психологические изменения у самих больных, а также у членов их семей и других социальных групп.

У них может быть.;

уязвлено чувство собственного достоинства, могут силь*| но возрасти страхи и ощущение своей неадекватности,,! может усилиться потребность в принятии помощи от окружающих и, таким образом, может стимулироваться;

агрессивность. В соответствии с различными формами защиты от напряжения реакция на возникновение болезни может значительно варьировать и проявляться в виде параноидной, депрессивной и ипохондрической. симптоматики. Реакцией подобных пациентов является. апатия, что может быть проинтерпретировано как адап-, тивное поведение, направленное на сохранение энергии.

I

Александр и его сотрудники (150) отмечали, что гли-козурия таких больных возрастает под нагрузкой в виде конфликта между их инфантильными желаниями получать и принимать помощь и потребностью давать и оказывать помощь окружающим. Уход от конфликта в жалость к себе и пассивность был связан с ослаблением гликозурии. Такое наблюдение соответствует недавним исследованиям, проводившимся Бенедек (Benedek), Мирски (Mirsky) и другими сотрудниками Чикагского института психоанализа, где была показана корреляция гликозурии и кетозурии с психическим напряжением, возникающим вследствие усиления зависимых устано

вок пациента, которые в свою очередь связаны с фрустрацией его пассивных потребностей.

Следует упомянуть о том, что клиническое течение сахарного диабета часто усугубляется эмоциональными напряжениями в различных повседневных жизненных ситуациях. Этот факт особенно важен в этиологии диабетического ацидоза и комы. Такая сложность может быть связана с каким-либо фактором, вызывающим истощение запасов гликогена в печени (Mirsky — 161). С усилением печеночного гликогенолиза увеличивается также количество продуктов жирового катаболизма — кетоновых тел (ацетоацетата и бета-гидроксимасляной кислоты). Выделение кетоновых тел в кровь со скоростью, превышающей их разложение, приводит к кетонемии и кетонурии. Кетоновые тела связывают основания, и это наряду с дегидрацией и другими последствиями кетоза способствует развитию ацидоза, что в итоге приводит к развитию комы.

Любые факторы, стимулирующие вымывание гликогена из печени, такие, как голодание, желудочно-ки-шечные расстройства, инфекции и т.д., могут провоцировать ацидоз. Распространенной причиной является также ситуация, когда пациент забывает принять инсулин (Mirsky — 161). На основании исследования двенадцати больных, повторно помещенных в клинику с Диагнозом диабетического,ацидоза, Розен и Лидс (Ro-sen и Lidz — 193) сделали вывод, что главную роль в этиологии ацидоза играет не эмоциональное напряжение, а намеренный отказ от режима диабетического питания. Согласно этим авторам пациенты с повторным ацидозом использовали свой диабет «либо для того, чтобы найти себе приют в клинике, либо как средство самоубийства». Хинкл и Вольф (Hinkle и Wolf— 121) в своих 237

исследованиях, однако, показывают, что эмоциональное

напряжение может вызывать кетоз, даже если пациент твердо придерживается диабетического режима. Они описали тревожную дезадаптивную девушку, у которой развилась кетонемия под влиянием страха в напряженной жизненной ситуации. Ими было показано также, что при экспериментальном продолжении стресса кетоз прогрессирует до стадии клинического ацидоза. В другом исследовании, охватывавшем 25 испытуемых с сахарным диабетом, Хинкл, Конгер и Вольф (Hinkle, Conger & Wolf— 120) наблюдали 50 примеров клинического кетоза, происходившего под влиянием эмоционального конфликта. Они выяснили, что травматическая беседа может вызвать повышение уровня кетонов в крови и что это происходит гораздо быстрее при тяжелом диабете. Поэтому можно сделать вывод, что сильные эмоциональные конфликты могут непосредственно влиять на продукцию кетоновых тел. Механизм, путем которого это достигается, был описан выше.

Некоторые клиницисты считают, что необходимо жесткое ограничение режима питания диабетика во избежание гликозурии; другие защищают возможность свободного питания в течение всего времени, пока у пациента не проявляются кетонурия и другие клинические симптомы. Консервативная группа врачей уделяет мало внимания тому факту, что строгая диета с точки зрения граммов и калорий — это не просто ограничение в пище; она означает фрустрацию и усиливает у диабетика ощущение незащищенности; диабетик заключает из этого, что он отличается от здоровых членов общества. Врач, предписывающий строгую дисциплину, берет на себя роль наказывающего, отвергающего родителя и тем самым усугубляет непослушание пациента и его

возмущение родительской властью. С другой стороны, свободная диета способствует ожирению и может оказаться столь же вредной, как и строгое питание. Разрешающая установка врача может быть проинтерпретирована как отсутствие заинтересованности и вызвать враждебность и чувство вины, что в свою очередь может неблагоприятно повлиять на ход болезни. В то же время образовавшееся ожирение может еще сильнее усугубить физиологические нарушения.

Врачу следовало бы больше уделять внимания количеству калорий, удерживаемых пациентом, а не количеству съедаемых или выделяемых калорий. Соответствующее использование инсулина дает возможность применять нормальную диету. В то же время врач должен воспринимать больного как нечто большее, нежели просто аппарат для сжигания калорий. Это необходимо, поскольку диабетик должен осознать свои бессознательные потребности и фрустрации и прийти к такому компромиссному варианту, который в наибольшей степени соответствует его хронологическому возрасту и социальному окружению. Тогда он будет действовать и питаться, как нормальный индивидум, и не будет приносить вред ни себе, ни окружающим.

ГЛАВА 14

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СУСТАВОВ И СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ

1. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Наличие роли эмоциональных факторов в патогенезе

ревматоидного артрита долгое время подозревалось и эксплицитно признавалось рядом клиницистов. Важ-239

ная особенность этого заболевания — его изменчивое течение, необъяснимые ремиссии и рецидивы — указывает на эмоциональные конфликты в ряду возможных причин. Всего несколько систематических психосоматических исследований было проведено на больных артритом. Публиковались различные клинические наблюдения, но они не обсуждаются в рамках данной книги; для знакомства с ними читатель отсылается к работе Данбар «Эмоции и телесные изменения» (71). д,

Среди тех, кто занимался систематическими исследованиями данной проблематики, особого внимания заслуживают исследователи Бут (Booth — 34) и Халлидэй (Halliday — 113, 114). Их наблюдения во многом подтверждаются систематическими исследованиями, которые проводили в Чикагском институте психоанализа Джонсон, Луис Шапиро и Александер (Johnson, Louis Shapiro & Alexander — 126). Поскольку большинство обследованных пациентов были женщины, мы будем в качестве примеров брать в основном больных женского пола.

Первой особенностью, отмечаемой с завидной регулярностью, является тенденция к телесной активности, проявляющаяся в склонности к работе на свежем воздухе и соревновательным видам спорта. Это особенно заметно в допубертатном и пубертатном возрасте, когда пациентки демонстрируют явное сорванцовское поведение. Во взрослом возрасте у них наблюдается строгий контроль над выражением эмоций. Подобные личностные особенности отметили Бут и Халлидэй. Помимо тенденции контролировать свои эмоции пациентки также имеют склонность контролировать своих близких, мужей и детей. В целом они требовательны и придир

чивы по отношению к детям, но в то же время беспокоятся и много заботятся о них. Однако здесь имеют место авторитарный тип заботливости, смесь тенденции доминировать и мазохистической потребности служить людям. Такой мазохизм на первый взгляд находится в противоречии с агрессивным доминированием, тем не менее, обслуживая своих близких и принося себя в жертву членам семьи, они доминируют и контролируют их.

В своих сексуальных установках эти больные также имеют поразительное сходство; они демонстрируют открытое неприятие женской роли, что в психоаналитической литературе часто называется «маскулинной реакцией протеста». Они принимают определенные мужские установки; они конкурируют с мужчинами и не могут подчиниться им. Интересно, что большинство таких пациенток выбирают в мужья мягких и пассивных мужчин. Иногда даже это мужчины с физическими недостатками, что уже нельзя объяснить простым течением обстоятельств. Большей частью мужья с готовностью оказывают помощь своим женам, становящимся нетрудоспособными вследствие прогрессирующей болезни.

При поверхностном рассмотрении у провоцирующих эмоциональных факторов нет общего знаменателя: они охватывают широкий спектр внешних событий. В самом деле, они распространяются на целый ряд жизненных ситуаций: рождение детей, выкидыш, смерть в семье, изменение профессии, внезапное изменение

семейной ситуации или сексуальных отношений, разочарование в межличностных отношениях. Неудивительно поэтому, что даже такой опытный исследователь, как

Халлидэй, не усматривает особого резона в провоцирующих факторах.

Однако, если мы сосредоточиваем наше внимание, на том, что именно означают для больных эти различные события, мы можем свести провоцирующие обстоятельства к нескольким важным психодинамическим факторам. Они наблюдаются в трех совокупностях: (1) Болезнь часто начинается, когда бессознательное возмущение и негодование против мужчин повышалось вследствие определенных превратностей судьбы; например, когда больного бросал муж, без которого он не чувствовал себя защищенной, или когда прежде мягкий мужчина становился более самоуверенным, или когда да мужчина, на которого больная рассчитывала, разочаровывал ее. (2) Болезнь может также быть спровоцирована событиями, благодаря которым проявляются³ враждебность и чувство вины, находившиеся прежде в латентном состоянии. К примеру, провоцирующим фактором может быть рождение ребенка, активизирующее соперничество у старшего сиблинга. Чувство вины может проявиться, когда упускается возможность пожертвовать или услужить, как в случае выкидыша или смерти ненавидимого зависимого родственника, или когда больная загоняется в ситуацию, в которой она должна принять помощь без возможности чем-либо ее компенсировать. Обострение чувства вины усиливает запрет, налагаемый на себя пациенткой, и активизирует враждебность, которую она не может выразить, поскольку не может больше сочетать ее с услужливостью по отношению к окружающим. Комбинация услужливости и доминирования, являющаяся замаскированным средством выражения враждебных импульсов, разрушается.

(3) В некоторых случаях болезнь была спровоцирована сексуальными переживаниями в тот момент, когда больная была вынуждена принимать навязываемую ей феминную роль, реагируя на это усилением маскулинного протеста.

Эти провоцирующие события являются для нас хорошей отправной точкой для воссоздания уязвимых точек в структуре личности этих больных. Общим психодинамическим фоном во всех случаях является хронически подавляемое враждебное агрессивное состояние, возмущение против любой формы внешнего или внутреннего давления, контроля со стороны окружающих и запрещающего воздействия собственной сверхчувствительной совести. Наиболее заметным проявлением бунта против подобной субдоминантности является реакция маскулинного протеста в сексуальных отношениях.

Центральный психодинамический фактор, хронически подавляемое агрессивное возмущенное состояние, во многих случаях может быть ретроспективно прослежен вплоть до очень характерного семейного сочетания: сильная, доминирующая, требовательная мать и зависимый, мягкий отец. Бут и Халлидэй оказались под впечатлением от подобной психологической картины. В этой связи Бут упоминает о строгих родителях своих пациентов, а Халлидэй сообщает, что у больных артритом хотя бы один из родителей является доминирующим и что самоограничение начинается в раннем детстве. В детстве наши

пациентки боялись холодной агрессивной матери и зависели от нее, и в то же время питали злобу, которую они не отваживались выразить вследствие зависимости и страха. Подавляемый бунт против матери является основой их враждебных импульсов. Поз- ^л~|

же эти чувства переносятся на мужчин и на всех членов ' семьи. Впоследствии, когда они становятся матерями, ситуация возвращается в перевернутом виде — они начинают контролировать своих детей так же, как их контролировали собственные матери.

Показательными являются нижеприведенные исто- ^ рии болезни".

У С. Г., в возрасте 28 лет развились симптомы болезненной ригидности мышц сразу после того, как она обнаружила, что у ее мужа есть любовная связь. После постоянной боли и мышечной ригидности в течение нескольких месяцев у нее развился артрит. Ее мать была заботливой, но эмоционально холодной женщиной; отец ушел из семьи, когда пациентке было два года. Пациентка испытывала сильное чувство соперничества по отношению к своему старшему брату; в детстве она проводила много времени на свежем воздухе. Она чувствовала, что роль ее матери и вообще позиция женщин является для нее неприемлемой, и открыто заявляла о том, 1 что она скорей умрет, чем признается мужу в любви, S даже если она будет его любить. «Иначе я никогда не смогу быть первой». Она отказывалась от сексуальных отношений за несколько месяцев до замужества, никогда не испытывала оргазм и только изредка соглашалась на интимную близость. Несмотря на то, что ее муж был профессиональным боксером, а пациентка была хрупкой комплекции, она всегда вела домашнее хозяйство и сама принимала все решения; подспорьем в ведении хозяйства были трое дочерей. Неверность мужа была

Цит. по: A. Johnson, L. B. Shapiro & F. Alexander «APrelimi-nary Report on a Psychosomatic Study of Rheumatoid Arthritis», *Psy-chosom. Med.* 9:295, 1947.

первым признаком его недовольства ситуацией и ее неспособности соревноваться с ним и контролировать его. Не сумев одержать верх, она стала более агрессивной, но ее агрессия не находила выхода, что привело к мышечной ригидности и последующему артриту. Во время прохождения психоанализа она постоянно отказывалась проводить с мужем время вне дома, и он снова изменил ей во второй раз. Это привело к резкому обострению болезни.

Другая пациентка испытывала заметную мазохистскую потребность к принесению себя в жертву. Она была 32-летней матерью троих детей и сама была восьмым ребенком из девяти. Следующее заявление вкратце дает представление о ее личности: «Я очень боюсь излечиться от артрита, потому что тогда у меня больше не будет моей семьи. Если бы у моей матери не было столько детей, я бы никогда не родилась». В детстве она не только выполняла тяжелую домашнюю работу и заботилась о своей нетрудоспособной матери, но также помогала отцу в работе на ферме, хотя был еще и младший брат. Все остальные дети учились в университете, она же после окончания школы переехала жить к своей старшей многодетной сестре, чтобы помогать ей в воспитании детей. В браке она продолжала проявлять рабскую услужливую установку по отношению к своему мужу и трем дочерям. В качестве реакции на выкидыш у нее появились симптомы

артрита. В начале психоанализа она сказала характерную для нее фразу: «У меня нет эмоциональных проблем, но я готова пожертвовать всем ради науки». Ставя акцент на принесении себя в жертву окружающим, она имела возможность проявлять враждеб-245

ные агрессивные наклонности, не испытывая по этому поводу чувства вины.

Общую психодинамическую формулировку для провоцирующих причин и раздражителей мы зададим как личностный фактор, развивающийся в результате чрезмерно ограничивающих родительских установок. У маленького ребенка наиболее примитивным выражением фрустрации является случайная моторная разрядка. Если с помощью мер воспитания и наказания эта разрядка] начинает ассоциироваться со страхом и виной, то позднее, во взрослой жизни, всякий раз, когда возникает вина или страх, он начинает психологически держать себя в «ежовых рукавицах». Такие больные пытаются достичь равновесия между агрессивными импульсами и контролем. Они учатся реагировать на агрессию через мышечную активность с помощью социально приемлемых способов: работа, спорт, садоводство, домашнее хозяйство. Они также учатся освобождаться от ограничивающего воздействия совести, принося себя в жертву окружающим. Когда это равновесие нарушается каким-либо образом, препятствующим осуществлению адаптивной модели разрядки агрессии и снятия вины, хронически подавляемая агрессия приводит к повышению мышечного тонуса и некоторым образом к артриту.

В ряде исследованных случаев характерные сексуальные конфликты регулировались с помощью типичной символической конверсии. Остается открытым вопрос, накладывается ли она на ту же структуру личности, что и в большинстве наших случаев, или независимо функционирует в качестве провоцирующего фактора. Наше предположение состоит в том, что эти больные выражают и разряжают свое вытесненное возмущение

через скелетные мышцы путем повышенного мышечного тонуса. Таким образом, подобную симптоматику можно причислить к разряду истерической конверсии. По крайней мере *modus operandi* в данном случае тот же, что и при конверсионной истерии, а именно выражение неосознанного конфликта путем соматических изменений через произвольно сокращающиеся мышцы. Мы допускаем, что мышечные спазмы и повышенный мышечный тонус, возникающие в определенных условиях под воздействием вытесненных агрессивных импульсов, могут провоцировать приступ артрита.

Понимание психодинамики ревматоидного артрита проливает свет на многие ремиссии, равно как и на рецидивы, имеющие место во время психоанализа. Если привычные способы разрядки агрессии становятся возможными благодаря внезапной уступчивости со стороны мужа, артрит обыкновенно утихает. Женщина страдала очень тяжелым артритом, и муж за ней ухаживал. Когда он внезапно скончался, она встала с кровати, оплатила все расходы, пересекла всю страну для того, чтобы участвовать в похоронах, у нее произошло немедленное выздоровление, и такое состояние длилось несколько месяцев. Возобновление артрита, наблюдавшееся, когда возможность мазохистского самопожертвования была снижена, сменялось его отсутствием, когда снова возникала необходимость в

самопожертвовании под воздействием семейных обстоятельств. Когда больные под влиянием психоанализа становятся способными к принятию помощи, болезнь проходит.

При исследовании артрита нужно учитывать тот факт, что личностное развитие в случае тяжелой инвалидности становится менее значимым на фоне хронической пси-24.7

хологической адаптации личности к инвалидному состоянию. Изначальный характер личности, безусловно и оказывает влияние на ее поведение, но новые особенности личности выходят на первый план. На большинство авторов, исследовавших подобные случаи, производили сильное впечатление такие вторичные свойства личности, как стоицизм и оптимизм. Одновременно с реализацией самообманывающего желания подобный способ адаптации объясняется тем фактом, что состояние болезни освобождает пациента от чувства вины и Наделяет его правом требовать внимания, недоступного ранее или в котором ему раньше отказывалось. Особенно четко это проявлялось у пациентки, которая в течение многих лет была вынуждена заботиться о требовательном отце. Когда у нее развился артрит, она сказала:

«Теперь он должен будет заботиться обо мне».

Установлено, что повышенный мышечный тонус, являющийся особенностью артрита, в дальнейшем замещается, судя по жалобам больных, мышечной ригидностью и напряженностью после Пробуждения. Некоторые из них сообщают, что спят в согнутом положении. Во многих случаях мышечная ригидность и боль были предвестниками первого приступа артрита. Можно сослаться на распространенное использование неостигмина клиницистами, верящими в то, что ослабление мышечного спазма и боли может происходить даже в дистрофически измененном суставе.

Мне хотелось бы подчеркнуть, что при современ-

ном состоянии наших исследований мы не имеем возможности оценить этиологическое значение всех этих | •результатов. Мы подозреваем, что Подавляемые враждебные импульсы приводят к повышенному мышечно- '

.1 248

му напряжению. Враждебные импульсы ищут разрядки путем мышечных сокращений, но их подавление ведет к одновременному увеличению тонуса мышц-антагонистов. Одновременная активация антагонистов может вести к травматизации суставов и способствовать уже начавшемуся процессу болезни, имеющему, по-видимому, еще не изученную соматическую основу.

Расположенность больных артритом к выражению подавленных тенденций с помощью скелетных мышц была продемонстрирована в исследовании Френча и Шапиро, изучавших сновидения больных, страдающих ревматоидным артритом (91).

У больных-мужчин также наблюдается хроническое состояние подавляемого возмущения и враждебности, что, по-видимому, является реакцией против бессознательных зависимых феминных тенденций, гиперкомпенсирующихся их агрессивностью. Подавление этих агрессивных импульсов создает психодинамическую картину, близкую к тому, что наблюдается у женщин.

Для окончательного подтверждения этих концепций необходимо подождать проведения обширных психофизических исследований по

измерению изменений мышечного напряжения у больных с артритом и без артрита в корреляции с различными эмоциональными состояниями. Предварительные результаты, полученные в исследовании, проведенном совместно Психосоматическим институтом при госпитале Майкла Риза и Чикагским институтом психоанализа, показали, что у больных артритом и некоторых других больных, таких, как гипертоники, мышечная реакция на эмоциональные стимулы значительно выше нормы. Отсюда следует, что могут быть обнаружены и другие факторы, характеризирующие больного артритом. При настоящем состоянии наших знаний слишком рано делать какие-либо выводы об эффективности психотерапии в таких случаях. При оценке того факта, что многие больные артритом были успешно вылечены с помощью психотерапии, необходимо учитывать частоту спонтанных ремиссий, кратких или продолжительных, при этой болезни.

Характерный динамический паттерн при ревматоидном артрите

Ограничивающее и (у женщин) гиперопекающее родительское влияние в детстве — бунт против ограничивающего родительского влияния — тревога — подавление стремления к бунту путем чрезмерной зависимости, питаемой родительской гиперопекой — выражение бунта, в соревновательных видах спорта и в активности вне дома в детстве и раннем подростковом возрасте — выражение враждебности путем сочетания принесения себя, в жертву и контролирования окружающих (благотворительная тирания) на дальнейших этапах жизни; неприятие женской роли (маскулинный протест) — прерывание успешного паттерна жертвования и одновременно, с этим господство над окружающими — увеличение мышечного тонуса — *артрит*.

• I 2. СКЛОННОСТЬ К НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЯМ

Современная психиатрия утверждает, что большая часть несчастных случаев происходит вовсе не случайно; причиной их является преимущественно предрасположенность самих жертв. Строго говоря, несчастный случай является событием, не контролируемым самой

личностью. Кирпич, падающий на голову пешехода, является полной случайностью, особенно при отсутствии какого-либо предупреждающего знака о том, что это может случиться в определенном месте. Однако большинство производственных, транспортных и бытовых несчастных случаев имеет совершенно иной характер. Жертва несчастного случая играет какую-либо активную роль в его причинности. Обычно предполагается, что человек был неловок, устал и рассеян, в противном случае ему удалось бы избежать несчастного случая.

Однако с научной точностью было установлено, что причиной большинства несчастных случаев являются не настолько простые человеческие свойства. Некоторые люди в большей степени склонны оказываться жертвами несчастных случаев, чем другие, не из-за свойственной им неловкости или рассеянности, а из-за особенностей структуры их личности в целом. Важным фактором становится не какая-то отдельная черта характера, как, например, замедленная реакция или несообразительность, а что-то более основополагающее, относящееся к целому человеку как личности. Мы приведем несколько

поразительных фактов, касающихся роли человеческого фактора при несчастных случаях.

Более двадцати лет назад немецким психологом Мар-бе (Marbe — 146) было сделано наблюдение, согласно которому человек, один раз бывший жертвой несчастного случая, с большей вероятностью окажется жертвой в следующий раз, чем тот, у кого не было подобного опыта. Статистические исследования крупных промышленных компаний показали, что распределение несчастных случаев среди служащих является неравномерным; достаточно малому проценту служащих соответствует весьма большой процент несчастных случаев. Из этого можно было бы сделать вывод, что, возможно, те служащие, которые чаще всего попадают в несчастные случаи, имеют наиболее опасные профессии. Однако то, что это не так, доказывается тем, что люди, наиболее склонные к попаданию в несчастные случаи на одной работе, чаще всего попадают в несчастные случаи и на другой. Мало того, эти служащие, для которых характерно рекордное количество попаданий в несчастные случаи на работе, с максимальной частотой становятся также жертвами несчастных случаев дома или по пути на работу.

В исследовании автомобильных аварий в штате Коннектикут было установлено, что за период свыше шести лет лишь 3,9% водителей, попадавших в аварии, являлись участниками 36,4% всех аварий (171).

•

Одна крупная транспортная компания, занимающаяся грузовыми перевозками, обеспокоилась высоким уровнем расходов на возмещение убытков от случающихся автомобильных аварий и предприняла попытку анализа причин аварий для того, чтобы снизить их частоту. В ряду прочих процедур они проверили, сколько аварий было на счету каждого водителя; в итоге тех, на чьем счету было больше аварий, перевели на другие рабочие места. Таким простым способом они сумели понизить аварийность до 1/5 от изначального уровня. Наиболее интересным фактом в данном исследовании является то, что водители, у которых была высокая аварийность, сохранили склонность к попаданию в аварии и на своих новых рабочих местах. Это неопровержимо доказывает, что существует тип личности, склонный к попаданию в аварии, и что такая личность будет проявлять эту склонность в любой профессии и просто в повседневной жизни.

Следующей проблемой явилось определение тех качеств личности, которые являются причиной склонности к попаданию в несчастные случаи. Данбар (72, 75), которая с использованием современных психиатрических методов исследовала значительное количество пациентов с переломами, дала следующее описание личности, склонной к несчастному случаю: это решительный или даже импульсивный человек, сосредоточенный на немедленном получении удовольствия и удовлетворения. Он склонен действовать под влиянием данного момента. Он любит острые переживания и неожиданность и не любит заранее планировать будущее. Большое количество людей, склонных к несчастным случаям, получили строгое воспитание и накопили невероятное количество агрессии против людей, обладающих властью. Короче говоря, они являются людьми действия, а не тщательного планирования. Они не проявляют особенной осторожности и лишнего колебания в промежутке между возникновением импульса и

его реализацией. Их импульсивность может иметь разные причины, но безусловно здесь налицо бунт против ограничений со стороны власти и всех форм внешнего принуждения, что и является обычно наиболее частой причиной склонности к несчастным случаям. Такой человек является мятежником по своей сути, он не может выдержать даже самодисциплины. Он бунтует не только против внешней власти, но и против правил, диктуемых его собственным разумом или самоконтролем.

Интенсивное психоаналитическое исследование нескольких случаев позволило глубже заглянуть в лабиринты эмоциональной жизни людей со склонностью к несчастным случаям. Особенно информативными стали исследования, в которых изучалось эмоциональное состояние человека непосредственно перед его попаданием в несчастный случай. Данбар (72, 75), Карл Меннингер (Karl Menninger — 153), Рэусон (Rawson — 6), Аккерман и Чидестер (Ackerman и Chidester — 185) и другие установили, что в большинстве несчастных случаев наличествует элемент намерения, хотя это намерение ни в коей мере не является осознанным. Другими словами, большинство несчастных случаев имеют неосознанную мотивацию. Они относятся к той категории феноменов, которые были описаны Фрейдом как ошибочные действия, проявляющиеся, когда человек кладет предмет на неверное место, забывает отправить письмо, неправильно пишет или произносит слово. Фрейд показал, что подобные ошибки не являются случайными в строгом смысле слова, а имеют бессознательную мотивацию. Когда председатель по ошибке объявил о закрытии заседания вместо его открытия, у него были веские, хотя и скрытые причины для того, чтобы это заседание окончилось прежде, чем началось.;

Человек, который в течение нескольких дней носит письмо в кармане, имеет определенную, хотя и неосознанную причину, чтобы его не отправлять. Большинство несчастных случаев также вызваны бессознательными мотивациями, хотя обычно имеют гораздо более серьезные последствия, чем безвредные ошибочные действия.

Психоаналитические исследования раскрыли природу бессознательных мотивов, вынуждающих людей действовать так, чтобы произошел несчастный случай.

Наиболее частым мотивом является чувство вины, от которого жертва пытается избавиться с помощью наложения на себя наказания. Данной цели служит такой бессознательно вызванный несчастный случай. Поскольку это может казаться неправдоподобным, я постараюсь дать подтверждение с помощью нескольких коротких примеров. Аккерман приводит следующий случай.

Молодой человек вез свою мать за покупками. Он попросил ее дать ему машину на завтра для поездки на рыбалку. Она отказалась, и тогда он нервно дернулся, «случайно» нажал акселератор и отправил машину в кювет, из-за чего пострадал и он сам, и его мать'.

Очевидным в данном случае является сочетание чувств мести и вины. Молодой человек наказал свою мать, но в то же время наказал самого себя. Согласно Рэусону 60% пациентов с переломами, прошедших психиатрическое обследование, продемонстрировали чувство вины и агрессию в своих взаимоотношениях с каким-либо человеком в связи с несчастным случаем. Он приводит следующие

примеры.

16-летний пуэрториканец сказал: «Это была действительно моя ошибка, потому что мама сказала, что ужин был готов и я не должен был выходить из дома, но я все равно ушел на соревнования по борьбе и сломал руку. В любом случае я полагаю, что мама сожалеет о том, что она была так строга со мной».

27-летняя женщина получила повреждение, скользя вниз по перилам. Она всегда отвечала подобными выходками на раздражение со стороны родителей, а позже — со стороны мужа. «Возможно, мне надо было хоN.. W. Ackerman & L. Chidester: «"Accidental" Self-Injury in Children», Arch. Pediat. 53:711, 193'6.

рошенько подумать, но я бы не была такой, если бы они были более разумными, обращались со мной как с личностью и не были бы настолько строгими».

Секретарша упала и сломала бедро. «Я спросила у моих друзей, почему я должна быть так сильно наказана. Я не помню, чтобы я сделала что-то не так, но наверно, я сделала что-то ужасное»'.

В основе этого странного сочетания эмоций заложена глубоко внедренная установка, преобладающая в нашей современной цивилизации, что страдание освобождает от вины. Если ребенок делает что-то не так, его наказывают. Страдая от наказания, он освобождается от вины и таким образом вновь приобретает любовь своих родителей. Наши уголовные законы основаны на той же установке. Преступник заслуживает наказания, после чего он может вернуться в общество свободным человеком, заплатившим за свои проступки. Человеческое сознание использует тот же принцип внутри личности, действуя как внутренний судья, требующий страдания за проступки. Страдание освобождает от оков сознания вины и возвращает внутреннюю гармонию.

Наиболее частой причиной чувства вины у детей являются враждебные бунтарские импульсы по отношению к родителям. Человек, склонный к несчастным случаям, сохраняет свою детскую мятежность против людей, обладающих властью, и на более поздних этапах своей жизни. Он также сохраняет чувство вины, которое он изначально испытывал по отношению к родителям. Сочетание этих двух чувств, агрессии и вины, является распространенной причиной несчастных случаев. А. Т. Rawson: «Accident Proneness», Psychosom. Med. 6:88, 1944.

ев. Люди с сильным стремлением к самонаказанию составляют большинство среди индивидов со склонностью к несчастным случаям. Чувство вины наглядно проявляется в часто задаваемом ими вопросе сразу после произошедшего несчастного случая: «Почему это случилось именно со мной? Чем я такое заслужил?» Эти вопросы показывают, что чувство вины, хотя и не является осознанным, все же смутно чувствуется пациентом.

Более двадцати лет назад я убедился в бессознательно намеренной природе определенных несчастных случаев. Я консультировал одного интеллигентного мужчину среднего возраста, страдавшего от сильной депрессии, возникшей по причине неудавшейся борьбы за существование. Он был из экономически благополучной, социально устойчивой семьи, однако женился на женщине, имевшей другой социальный статус. После женитьбы его отец и вся семья отказались дальше иметь с ним дело. Его

продолжительные попытки начать хорошо зарабатывать окончились (по причине невротически обусловленных запретов) полным психическим крахом. Я посоветовал ему пройти психоанализ у моего коллеги, поскольку у меня были личные отношения с ним и его семьей и я был хорошо осведомлен обо всей этой истории. Но для него это решение оказалось затруднительным. Однажды вечером, когда он должен был принять окончательное решение, он попросил разрешения зайти ко мне для того, чтобы еще раз обсудить все за и против, однако не пришел. Его переехала машина неподалеку от моего дома. Он был госпитализирован с тяжелыми ранениями. Только на следующий день я узнал об аварии. Когда я обнаружил его в больничном отделении, он был завернут в гипс, как мумия. Он не мог двигаться, и из всего его лица были видны только глаза сияющие эйфорическим блеском. Он был в хорошем настроении, свободный от угнетавшей его в течение последних дней меланхолии. Первые Слова, которыми он меня приветствовал, были: «Теперь я за все заплатил. Теперь я по крайней мере смогу сказать отцу все, что я о нем думаю». Он хотел немедленно продиктовать письмо — ^ мо в решительном тоне, предназначенное для отца, с | требованием от него своей доли в собственности матери — | ри. Он был полон планов и думал начать новую жизнь. |

Наиболее впечатляющим в этой истории является. | эмоциональное облегчение, которое пациент получил от своего ранения. Это спасло его от груза сознания вины, застывшего в нем из-за его чрезвычайно враждебных чувств по отношению к семье, отказывающейся признать его брак. После ранения он оказался способным свободно выразить свою агрессию и сказать отцу у все, что он о нем думает.

Встречаются также и другие бессознательные мотивы попадания в несчастные случаи на работе, такие, как желание избежать ответственности, желание получить заботу, внимание и даже желание материальной компенсации.

В конечном счете человек, склонный к несчастным случаям, является импульсивным человеком, который немедленно переводит свои психические импульсы в действие. Он питает глубинное чувство протеста по отношению к чрезмерному контролю в процессе взросления — глубокую враждебность по отношению к людям, обладающим властью. В то же время он имеет строгое, сознание, которое заставляет его чувствовать себя ви-

•1СО

новатым за этот мятеж. В бессознательно спровоцированном несчастном случае находят выражение его агрессия и месть, искупающие его бунт полученными увечьями.

Поскольку основные причины несчастных случаев не являются внешними, такими, как, например, поврежденный механизм или неблагоприятные условия погоды, темнота и т.д., а коренятся в человеке, который попал в несчастный случай, первичные средства предосторожности должны быть направлены на самого человека. Существует только два эффективных способа работать с человеческим фактором. Первый — изменять личность индивида, а второй — удалять человека, склонного к несчастным случаям, от профессий, связанных с сильным риском. Оба средства требуют надежных методов, с помощью которых можно определить личность, склонную к несчастным случаям.

Поскольку психологические факторы, влияющие на предрасположенность человека к несчастным случаям, не являются простыми отдельными свойствами, они не могут быть обнаружены простыми методами психологического тестирования. Наиболее надежным методом является психиатрическая беседа, проводящаяся экспертом, в которой открывается вся предыдущая жизнь индивида. Склонность к несчастным случаям развивается рано и проявляется у подростков в склонности получать телесные повреждения, даже пусть только незначительные. Сочетание чрезмерного негодования и чувства вины проявляется в раннем детстве различными способами, известными опытному психиатру.

ГЛАВА 15

ФУНКЦИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ИХ РАССТРОЙСТВА

⁻¹ ^ ТЕРЕЗА БЕНЕДЕК, доктор медицины

Психосоматический подход к медицине является наиболее многообещающим в исследованиях, связанных с функциями половых органов, поскольку ни в какой другой области взаимосвязь между психологией и физиологией не является настолько тесной, как в области сексуальности.

С незапамятных времен известно, что половые железы — яички и яичники — оказывают значительное влияние на характер и поведение. Кастрация, удаление яичек, равно как и стерилизация, удаление яичников, всегда осуществляется в сельском хозяйстве для изменения характера животных в целях их одомашнивания и для достижения изменения обменных процессов, благодаря чему их мясо становится более вкусным. У человека также наблюдалось, что кастрация снижает мужественность, не только потому, что она ведет к стерильности, но и потому, что она сопровождается соматическими изменениями половых признаков и эмоциональными изменениями, снижающими направленность на маскулинную активность. Похожим образом у женщин раннее удаление яичников или их врожденная недостаточность вызывает стерильность и препятствует развитию соматических и эмоциональных женских характерных черт.

Эффективные эксперименты на рубеже веков установили роль половых желез (гонад) в выделении половых гормонов. Ранняя гипотеза Фрейда о том, что «на-» рушенная химия (сексуально) недовольной лич

ности вызывает тревогу и таким образом ведет к возникновению других симптомов» (92), соответствовала ожиданиям других биологов его времени. В своем первом исчерпывающем исследовании по теории сексуальности (94) Фрейд выражает надежду, что эндокринология даст ответ на вопросы о нормальном и патологическом сексуальном поведении. С тех пор психоанализом была подробно изучена роль, которую сексуальное влечение и сопутствующая ему психическая энергия — либидо — играют в динамике психических процессов. Было установлено, что созревание сексуальной функции и интеграция личности являются тесно связанными между собой процессами. Но эндокринологический субстрат сексуальности не был включен в эти исследования. Эндокринология пошла своим собственным путем.

После выделения и синтеза стероидных гормонов стали проводиться эксперименты на низших млекопитающих, призванные подтвердить тезис о том, что сексуальное поведение находится под

влиянием простой химической регуляции. Было установлено, что у низших млекопитающих сексуальное поведение определяется циклической функцией яичников: спаривание происходит на пике периодически повторяющегося *эстру-са* — течки, — проявляющегося в форме различных видов активности, ведущей к копуляции. Наблюдения за приматами, однако, обнаруживают расхождения в пропорциональной связи между функцией гонад и ко-пулятивным поведением (Maslow — 149). Приматы могут быть стимулированы к сексуальной активности множеством факторов, независимых от эструса. У человека сложные и разнообразные стимулы, мотивирующие сексуальное поведение, могут практически полностью маскировать физиологический цикл. Когда стало очевидно-->й1

ным, что сексуальное поведение не может быть объяснено просто с точки зрения функции гонад, стала изучаться роль гормонов в иерархии и во взаимодействии факторов, мотивирующих сексуальное поведение.

Из множества физиологической информации мы будем упоминать только голые факты, имеющие отношение к сексуальной функции млекопитающих. У обоих полов гонады находятся под регуляцией гипофиза. С помощью определенных гормонов гипофиз влияет на рост тела и на многие другие аспекты метаболизма и с помощью *гонадотропных гормонов* стимулирует созревание и регулирует функции яичек и яичников. Этот процесс у мужчин проще, чем у женщин. Под влиянием гонадотропных гормонов яички вырабатывают мужские гаметы, *сперматозоиды*, и группу гормонов, *андро-гены*, которые отвечают за соматические и эмоциональные характеристики мужественности. У женщин процесс более сложный: существует реципрокное взаимодействие между гипофизом и яичниками, влияющее на ритмические изменения секреции гонадотропных гормонов, что в свою очередь воздействует на циклическую природу активности яичников. Яичники производят женские гаметы — яйцеклетки — и две группы гормонов, производящихся последовательно: *эстрогены*, которые стимулируют созревание половых клеток, и *прогестины*, которые обеспечивают имплантацию и сохранение оплодотворенной яйцеклетки. Оба типа гормонов имеют определенное влияние на вторичные половые признаки и на эмоциональные особенности женщин.

Установлено, что половые гормоны абсолютно не-Химическим агентом андрогенов является *тестостерон*.

обходимы для завершения процессов созревания, ведущих к воспроизводству потомства. Однако «гормон следует рассматривать не как стимул к поведению и не как организатор явной реакции, а просто как агент, повышающий реактивность определенной нервно-мышечной системы к стимуляции». На физиологическую роль половых гормонов в организме оказывает влияние «генетически определяемая реактивность нервного механизма» (Beach — 24). У человека изначальная расположенность нервной системы к реагированию на внешние и внутренние стимулы становится высокоорганизованной под влиянием внешних (культурных) факторов, модифицирующих как стимулы, так и реакцию индивида на них. Поэтому влияние функции гонад на индивида едва ли может быть отделено от психологических факторов, определяющих развитие личности как постоянное

функционирующее единство.

Обзор психоаналитических концепций развития личности, включающих интеграцию нормальной детородной функции с другими функциями личности, выходит за рамки данной работы². Чтобы пролить свет на факторы, ведущие к дисфункциям половых органов, будет обсуждаться роль эмоциональной бисексуальности в психосексуальном созревании.

Пол индивида определяется хромосомной структурой гамет. Таким образом эмбрион наделяется потенциалом развития в направлении какого-либо одного

P. A. V e a s h: *Hormones and Behavior*. New York and London, Paul B. Hoeber, Inc., 1948.

Наиболее важные динамические концепции рассматриваются в работе Александера «Основы психоанализа» (8). Обширное исследование развития личности, созданное автором данной главы, будет представлено в работе Александера и др. «Динамическая психиатрия».

••)^1

пола. Имеются, однако, данные, что такое развитие не является совершенно безопасным; что уже в утробе условия могут препятствовать развитию мужского эмбриона в плане его мужественности. Это происходит, к примеру, при наводнении мужского эмбриона женскими половыми гормонами до такой степени, что развивается «межполовой тип». Таким образом, различная степень бисексуальности при рождении может объясняться не генезом, а «внешними» гормональными условиями (Hoskins — 122). Термин «бисексуальность» относится здесь не к анатомическому гермафродитизму или проявлениям других «межполовых типов», а к *специфической предрасположенности к определенным реакциям на влияния окружающей среды*. Окружающей средой новорожденного является симбиоз, возникающий между матерью и ребенком. Через лактацию и телесную заботу мать передает влияния, которые имеют различные значения для младенцев разного пола. Гормоны, которые получает девочка от матери, равно как и идентификация с ней-в ходе развития, совпадают в отношении цели дальнейшего психосексуального развития девочки. Мальчик, однако, получает такое эндокринное влияние через лактацию, которое может усилить в нем феминный компонент; развитие мальчика на орально-пассивной стадии проходит через этап идентификации с матерью; и это также может усиливать тенденцию к бисексуальным реакциям, которые находятся в противоречии с целью психосексуального развития мужчины.

Проявления психической бисексуальности могут быть замечены уже на ранних догенитальных стадиях развития. Двухлетний мальчик, если он «настоящий мальчик», демонстрирует тенденцию к самоутверждению и независимости, тогда как «паинька» боится каждого нового шага и отказывается от самоутверждения, чтобы обеспечить себе продолжительную зависимость от матери. Неизвестно, какую роль играют эндокринные факторы в этом феномене. У детей обоих полов выделяется небольшое количество эстрогенов и андрогенов; неизвестно, однако, принимают ли эти гормоны участие в «избыточном возбуждении», запуская догенитальное либидо (Alexander — 8). Неизвестно также, происходят ли изменения в

«половых» гормонов, когда ребенок входит в *эдипову фазу* и устремляет свои эротические потребности на родителя противоположного пола и, таким образом, становится «виновным» и боится наказания от родителя того же пола. Не вызывает сомнения, однако, что на психодинамический итог этого решающего конфликта оказывают сильное влияние бисексуальные компоненты психосексуальной закладки зародыша. «Эмоциональная реальность» *комплекса кастрации* лишь частично зависит от интенсивности инстинктивного желания; в той же мере или даже сильнее она зависит от окружающей среды: от соблазнительности родителей и их установки на наказание, от защищенности ребенка; и последнее, но не менее важное — она зависит от предрасположенности ребенка, позволяющей ему ощущать кастрацию, потерю пениса как реальную физическую возможность. (Александр (Alexander) и Стаерке (Staercke) указывали на то, что маленький мальчик подготавливается к потере пениса такими ранними ощущениями, как потеря материнского соска для рта и как потеря экскрементов для ануса, так как он рассматривает их как часть себя. Таким же образом, ускользающие ощущения эрекции, приходящие и уходящие без всякого контроля, могут напугать ребенка.) В процессе психоанализа обычно выяв-

ляется, что открытие женских гениталий для маленького мальчика оказывается травмой, фиксирующей в его психике идею, что пенис может быть утрачен, поскольку существуют люди без него. Для него поэтому женские гениталии могут казаться пожирающим органом, который может захватить пенис и удерживать его. Идентификация с представляющим опасность существом представляет собой наиболее эффективную защиту от страха. Через идентификацию с матерью у мальчика развивается «*негативный эдипов комплекс*», вместо идентификации себя с отцом в стремлении любить мать он желает, чтобы его любил отец, и стремится занять место матери. Такое разрешение эдипова комплекса обладает большой ценностью в плане экономии эмоций: оно снижает страх женских гениталий, а также откладывает на более поздний момент страх перед отцовским наказанием. У девочек наблюдается похожий процесс с сильными стремлениями к маскулинной идентификации. Так, девочка, после того как она испытала гетеросексуальные импульсы и у нее таким образом создалось впечатление, что пенис — «опасный орган», разрешает эдипов конфликт путем идентификации себя с отцом. Через интенсивное желание иметь пенис или с помощью иллюзии, что он есть или скоро вырастет, девочка подавляет страх мужских гениталий, и в то же время у нее развивается надежда, что мать ее любит таким же образом, как отца и/или брата.

Проявления бисексуальных тенденций могут быть замечены уже на догенитальных стадиях в различных вариациях детских идентификаций. Это, однако, выводит конфликт за рамки эдиповой фазы и приводит к возникновению качественных различий между маскулинными и феминными стремлениями, между готов-

ностью подвергнуться риску гетеросексуального развития и стремлением его избежать по причине преобладания противоположной тенденции. Маргарет Жерар в своем обширном исследовании энуреза (99) указывает на то, что энурез как невротический симптом является проявлением бисексуальной тенденции. И мальчики, и девочки

страдают от ночного ужаса, содержанием которого является страх нападения взрослого противоположного пола. Этот страх мобилизует садомазохистское возбуждение, разрядкой которого является мочеиспускание. Поведение мальчиков является регрессивным, пассивным и самоуничижительным; девочки проявляют гиперкомпенсаторную активность, мотивирующуюся их маскулинной идентификацией. Из многих возможных вариантов эдипова комплекса мы выбираем один, который, повышая в мальчике феминные, а в девочке маскулинные наклонности, усиливает бисексуальные устремления личности.

Фиксация потенциала развития на определенном направлении является одним из влияний эдиповой фазы на процесс развития; другим влиянием является появление новой структуры личности, которую Фрейд назвал *суперэго*. Это психическое образование представляет собой свод запретов, которые в нашей культуре требуют подавления сексуальной активности в детстве. С помощью контролирующего влияния суперэго психологические факторы приобретают больший вес и начинают направлять процесс полового созревания.

Психическое равновесие — это баланс функций различных структур личности. Соответственно оно зависит, с одной стороны, от силы эго — его способности подавлять беспокоящие стимулы, с другой стороны — от интенсивности стимулов, пусть даже *латентный пе-*

риод, период неосознаваемой сексуальности, развивается уже после того, как эдиповы стремления были вытеснены. Существуют цивилизации, в которых латентный период не является культурно обусловленным. Хотя и там общество тоже развивает средства для защиты детей от своей собственной сексуальности и от сексуальности взрослых (Mead — 151). Несмотря на строгие требования к вытеснению сексуальных импульсов, многих детей в латентном возрасте (между шестью и одиннадцатью или двенадцатью годами) беспокоят сексуальные фантазии, и они проявляют активность, которая приводит их к конфликту с окружающим миром и с собственным суперэго. Оценивая факторы, которые могут быть ответственны за сексуальную стимуляцию в латентный период, рассмотрим следующие возможности: (1) Яркое избыточное возбуждение, проходящее через половые органы; (2) невытесняемые сексуальные стимулы вследствие специфической эндокринной стимуляции; (3) чересчур слабая способность эго сдерживать сексуальные импульсы, вследствие чего не слишком сильные импульсы могут преодолевать барьер и жаждать немедленного удовлетворения. С помощью анализа можно выявить сочетание различных факторов. Часто бывает так, что эго слабо сдерживает сексуальные импульсы, которые берут свое начало в тенденциях к конфликту. На основе психоаналитической оценки индивидуального развития можно принять во внимание ту роль, которую играют сексуальные переживания во время эдиповой фазы и в латентный период, в отношении видоизменения, ускорения и/или задержки психосексуального созревания. Но не имеется данных относительно соответствующих отклонений в эндокринных органах.

Психоаналитические наблюдения показыва

ют, что фиксации на догенитальных уровнях сексуальности и их компульсивное повторение во время латентного периода, а также

стимулирующий их (или сопровождающий их) страх кастрации скорее тормозят, а не ускоряют завершение сексуального созревания. Фенишел (Fenichel) предполагает, что «каждая фиксация непременно изменяет гормональный статус» (83). Это предположение, по-видимому, достаточно сложно проверить, даже если методы эндокринологического исследования были бы более точными.

В *пубертате* гонадотропные гормоны гипофиза стимулируют выделение андрогенов и овариальных гормонов, вызывая у обоих полов постепенное появление вторичных половых признаков. Пубертат — физиологическое созревание гонад — приводит в движение эмоциональные процессы развития, составляющие период *подросткового возраста*. Тревожные симптомы подросткового возраста представляют собой проявления перестройки всей личности. Она приводится в движение повышающейся «избыточной энергией», появляющейся по причине активности гонад и других процессов роста. Было бы, однако, упрощением предполагать, что во время подросткового периода физиологически зрелая сексуальность конфликтует с сексуальным торможением, которое, возникая в виде интроецированных сексуальных запретов детства и требований социума, задерживает получение сексуального удовлетворения. В недавних исследованиях (Montagu — 167) было обнаружено, что во время подросткового периода у женщин существует период стерильности. Это показывает, что завершение физиологического созревания занимает длительное время даже в тех цивилизациях, где процесс психосексуального развития не проходит через вытеснение и 7М

латентный период. Легко ожидать, что подростковый период (и завершение физиологического созревания) занимает больше времени в нашей цивилизации, где цель сексуального созревания может быть достигнута только через примирение сексуального влечения с остальными функциями личности.

Во время подросткового периода сексуальность видоизменяется от общего, приносящего удовольствие возбуждения до насущной потребности, идеальное удовлетворение которой достигается только путем коитуса с представителем противоположного пола. Усиливающаяся сексуальная энергия, однако, возрождает конфликты раннего периода развития и сопутствующие им эмоциональные реакции. Она заново нагружает каналы догенитального удовлетворения и возбуждает тревогу, сопровождавшую эдипов конфликт. Таким образом, с наступлением подросткового возраста глубинная тревога является источником разобщения лиц противоположного пола. Жестокость подросткового конфликта у обоих полов определяется двумя психодинамическими составляющими: интенсивностью инстинктивной потребности под действием физиологической стимуляции; и страхом кастрации, который, будучи укоренен в конфликтах раннего периода развития, возникает заново под действием физиологической стимуляции. Подростковый процесс — это сложное взаимодействие между физиологическими и психическими силами, обычно приводящее к разрешению конфликта, связанного со страхом кастрации.

Достижение сексуальной зрелости означает, что индивид научился находить удовлетворение своих инстинктивных потребностей

в пределах того, что позволяет ему совесть. Этот факт, даже без дальнейшего анализа

динамических процессов, показывает, что генитальная сексуальность взрослого человека находится под контролем высокоорганизованного эго. Генитальная сексуальная энергия на пути к достижению удовлетворения подчиняется условиям, которые определяет супе-рэго, и преодолевает препятствия, которые ставит перед ней эго; запреты суперэго и защиты эго могут задерживать свободное выражение и разрядку либидо. Однако не только эго и суперэго, но также инстинктивные влечения могут создавать препятствия для целостности сексуальной зрелости: фиксации на догенитальных способах удовлетворения могут поглощать сексуальную энергию; тревога, вызываемая догенитальными конфликтами, может направлять эту энергию в другое, инфантильное русло. Таким образом, психосексуальная энергия может быть полностью или частично израсходована интрапсихическими процессами. В соответствии с этими соображениями касательно структуры интрапсихических процессов получается, что вариации сексуального поведения человека объясняются не тем, как выделяется сексуальная энергия, а тем, как она расходуется.

Даже краткий экскурс в область взаимодействия между сексуальным созреванием и развитием личности показывает, что интеграция сексуального влечения, начиная от его догенитального источника и завершая гени-тальной зрелостью, является той самой осью, вокруг которой вращается структура личности. Если посмотреть с точки зрения сексуальной функции, то сексуальное влечение организовано различным образом у мужчины и женщины для того, чтобы создать мотивацию

для функций деторождения.

271

1. МУЖСКИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ

Мужская сексуальная функция осуществляется в процессе единственного акта: коитуса. Мужчина этим актом удовлетворяет свою активную гетеросексуаль-ную потребность, при этом выпуская заряд сперматозоидов в женские половые пути и осуществляя таким образом оплодотворение яйцеклетки. Мужское сексуальное влечение соответственно находится под контролем группы половых гормонов — андрогенов. У взрослых имеется корреляция между уровнем выработки половых гормонов и настойчивостью сексуальных импульсов (Pratt — 183). Однако у мужчины отсутствует регулярно повторяющийся цикл спадов и подъемов психосексуальной жизни, который можно было бы уподобить сексуальному циклу женщины. У мужчин могут наблюдаться эмоциональные колебания, которые, хотя и не происходят с регулярной периодичностью, но, по-видимому, зависят от функции гонад. Такие проявления клинически напоминают легкую депрессию. В психоаналитических материалах мы находим свидетельства изменения гетеросексуальной активности: общая экстравер-тивная деятельность, равно как и сексуальное желание, снижается; психосексуальная энергия, сосредоточенная на себе, вызывает состояние ипохондрии. У женщин такое состояние можно рассматривать как проявление низкого уровня выработки половых гормонов, тогда как у мужчин состояние, соответствующее уровню половых гормонов, не изучалось. Тенденция к

эмоциональным колебаниям у мужчин, вероятно, не зависит от выработки половых гормонов.

Какую бы роль ни играли половые гормоны в выработке и направлении в определенное русло генитальной сексуальной энергии, существуют наблюдения, показывающие, что рецепторы половых органов могут стимулироваться не только факторами, связанными с гонадами. В этом отношении мы можем рассматривать восприятие либидо как функцию психического рецептора. Обычно либидо воспринимается как вожделение, влечение, которое, передаваясь половым органам, делает их чувствительными к разрядке либидинального напряжения в акте удовлетворения. В своей недавно вышедшей статье В. Х. Перлофф (W. H. Perloff— 179) описывает евнухоидного мужчину, испытывавшего гетеросексуальные побуждения и способного к эрекции и достижению оргазма. Этот случай является необычным, равно как и похожий случай, когда девушка с агенезией яичников испытывала нормальное гетеросексуальное влечение к мужчинам. Но такие случаи показывают, что либидо и потенция могут существовать, несмотря на сниженную активность половых гормонов или их отсутствие. Другие, более обыкновенные состояния, такие, как гиперсексуальность или постклимактерическое состояние, показывают, что возможны ситуации, когда либидинальное напряжение не соответствует уровню выработки полового гормона. С другой стороны, существуют несоответствия в либидинозных ощущениях, равно как и в сексуальном поведении, которые не могут быть связаны с количеством вырабатываемых половых гормонов, измеряемым с помощью современных методов исследования. Структура интрапсихических процессов, как обсуждалось ранее, предлагает объяснения для этих феноменов. Поскольку психосексуальная энергия может быть израсходована на интрапсихические процессы, становится понятно, что генитальная сексуальная энергия, хотя и может быть результатом нормального функционирования гонад, но не в каждом случае достигает той эффективности, которая необходима для интеграции психических и соматических аспектов сексуальности.

2. ЖЕНСКИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ |

У женщины отливы и приливы уровня половых гормонов вызывают взаимодействие между эндокринными функциями и психодинамическими процессами, поддающимися обучению. Первая попытка подобного исследования была осуществлена, когда Б. Б. Рубинштейн (B. B. Rubinstein) в сотрудничестве с автором исследовали психосексуальные проявления функций яичников (28). На основе графиков изменения температуры и взятия влагалищных мазков определялось состояние овариального цикла у группы женщин, проходивших психоанализ. Психоаналитические протоколы анализировались, чтобы установить, имеются ли изменения и колебания психосексуальных проявлений пациенток и не связаны ли они как-либо с овариальным циклом. На основе такого исследования была создана схема менструального цикла. Когда независимо полученные данные были сопоставлены, было обнаружено, что они почти в точности совпадают; обоими методами удалось установить важные фазы овариальных функций. Сексуальное поведение женщины мотивируется множеством различных факторов; биологические

тенденции маскируются и видоизменяются под влиянием культурных паттернов и процессов развития, определяющих индивидуальные различия в выражении сексуальности. Несмотря на сложность психологической структуры человеческой личности, исследованием было установлено, что (1) эмоциональные проявления сексуального влечения, так же как и репродуктивная функция, стимулируются половыми гормонами; (2) параллельно с выработкой эстрогена мотивом поведения служит активная экстравертивная гетеросексуальная тенденция; (3) параллельно с прогестиновой фазой психосексуальная энергия направляется вовнутрь в качестве пассивно-рецептивной и сохраняющей тенденции;

таким образом (4) параллельно с гормональным циклом включается эмоциональный цикл. Сочетание гормонального и эмоционального циклов представляет собой *сексуальный цикл*.

Сексуальный цикл начинается с фазы фолликулярного созревания, во время которой начинают постепенно вырабатываться эстрогены. Активные гетеросексуальные тенденции могут проявляться в явном или скрытом гетеросексуальном поведении, в сновидениях и фантазиях и в возрастании экстравертивной личностной активности. Действительно, эстрогены у человека, как и у низших млекопитающих, служат для осуществления сексуальной активности. В то же время эстрогены стимулируют более согласованную активность эго в других сферах, помимо сексуальных'.

При оценке интенсивности гетеросексуальной потребности следует рассматривать изменения эмоциональных реакций, происходящие после ее удовлетворения или вследствие ее фрустрации; в последнем случае эмоциональное напряжение возрастает;

в первом — уменьшается. Таким же образом необходимо рассматривать защиты против гетеросексуальных тенденций у подавляющих личностей. У них под воздействием выработки эстрогенов мобилизуются характерные защиты против сексуальности и с увеличением выработки гормонов усиливаются эмоциональные реакции. У инфантильных личностей тревога и/или враждебность по отношению к мужчинам скрывают гетеросексуальные тенденции.

Приблизительно в момент овуляции выработка эстрогенов достигает апогея и сливается с начинающейся выработкой прогестина; такое дополнение является стимулом для максимального уровня психосексуальной интеграции, то есть биологической и эмоциональной готовности к оплодотворению. Это выражается в повышенной либидинальной готовности к принятию партнера или, если это не удастся, в повышенной эмоциональной напряженности; такое состояние часто характеризует преовуляторный этап.

После того, как происходит овуляция, гетеросексуальное напряжение быстро спадает и наступает период релаксации; направленность психосексуальной энергии меняется и сосредотачивается на теле женщины и его благоденствии. Происходит общая эротизация; готовность к принятию сексуального партнера обычно осознается; желание забеременеть, как правило, проявляется только в сновидениях и фантазиях. В тот момент, когда активность желтого тела (вырабатывающего прогестин) возрастает, наступает период, аналогичный «спокойному периоду» у низших млекопитающих,

и длится несколько дней. Психологическая картина, соответствующая этому периоду, может быть описана как подготовка к материнству. Это может выражаться как желание или страх забеременеть и/или как агрессивное оборонительное поведение в этом отношении. Анализ такой психологической картины обычно выявляет повторение конфликтов с матерью, имевшихся у женщины в детстве, которые она может бессознательно поддерживать; здесь можно заметить стремление к разрешению таких конфликтов и примирению с матерью, что особенно заметно проявляется в принятии мате

ринства и желании стать матерью. В этих случаях в психологической картине преобладают фантазии о рождении детей и живой интерес к вопросам ухода за детьми. Если этот уровень психосексуальной зрелости не достигнут, то выражается регрессивное желание женщины самой быть ребенком и получать заботу, обычно сопровождаемое депрессивным настроением.

Если зачатия не происходит, выработка прогестина снижается и образующийся в результате низкий уровень гормона характеризует предменструальную фазу цикла. В эмоциональных реакциях женщины проявляется ее ощущение «умеренной степени овариальной дефицитарности»¹, характерной для предменструальной фазы. Одновременно с этим имеет место частичная регрессия психосексуальной интеграции и в мотивационных аспектах психологической картины возникают до-генитальные — обычно анально-садистические или выделительные — тенденции. Этим, а также увеличением общей раздражимости симпатической нервной системы можно объяснить тот факт, что предменструальная фаза часто описывается как *повторяющийся женский невроз* (Chadwick — 46). В его симптомах наблюдается заметная вариативность: мрачное состояние духа и страх кровотечения оживляют идею о том, что менструация тождественна кастрации; так инфантильные сексуальные представления могут возвращаться в тревожных сновидениях и могут мотивировать раздражительность после пробуждения. В других случаях утомление, склонность к прихотям и приступы плача показывают депрессивное состояние. Гормональное состояние само по

- R. G. Hoskins: Endocrinology. New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1941.

себе варьирует, таким образом, у различных индивидов предменструальная фаза имеет различное эмоциональное сопровождение; оно может также изменяться у одной и той же женщины от цикла к циклу. Психоаналитическая картина поздней предменструальной фазы выявляет корреляции с (а) низким гормональным уровнем, что является следствием одновременного понижения уровня обоих гормонов; (б) снижением уровня прогестина и началом выработки эстрогена и (в) снижением уровня прогестина и увеличением выработки эстрогена. В последнем случае выделительная тенденция, совпадающая со снижением уровня прогестина, соединяется с гетеросексуальной тенденцией. Соответствующее эмоциональное состояние характеризуется повышенной напряженностью, которая придает всем видам активности в эти дни характер влечения. Во многих слу¹;

чаях женщину удовлетворяет то, что она делает больше.1 работы, чем в остальное время; но чаще всего женщи-1 ны жалуются на

беспокойство, сопровождающее их гиперактивность. В то же время сексуальное желание является более настойчивым, чем во время прочих фаз сексуального цикла. Описывая данный феномен с точки зрения эго, можно определить его как регрессию, как будто эго частично лишено своей интегрирующей способности и не может служить связующим звеном ' для различных потребностей; все желания настоятельны, все фрустрации невыносимы; все эмоции слабо контролируемы и женщины менее спокойны, чем в другие фазы сексуального цикла. К счастью, реакция на пред-менструальные гормональные колебания не остается одинаковой в течение всего репродуктивного периода женщины. В ходе дальнейшего сексуального созревания

ния, особенно после рождения ребенка, регрессивные явления сглаживаются адаптивными процессами развития.

Конец сексуального цикла отмечен менструацией, признаком наступления которой служит резкое падение выработки гормона и которая продолжается несколько дней. Вскоре после наступления менструации напряженное настроение смягчается, возбудимость снижается, и взрослая женщина обычно принимает менструацию с облегчением. Депрессивные установки, как правило, длятся начиная с предменструальной фазы и до начала менструации. И хотя можно выдвинуть объяснение на гормональной основе, интересно отметить, что соответствующая психологическая картина может быть проинтерпретирована как сожаление об упущенной беременности. В этот период женщины часто вспоминают какие-нибудь грустные переживания или сожалеют о прежних абортах; они обесценивают женские гениталии, которые кажутся им ненужными; они идентифицируют менструальное кровотечение с экскрементами и таким образом гениталии воспринимаются как грязные и обесцениваются. Через несколько дней, обычно еще во время менструации, начинается новый фолликулярный цикл, при этом возобновляется сексуальная стимуляция и ощущение хорошего самочувствия.

Вот, собственно, и весь схематический набросок сексуального цикла, но этого достаточно, чтобы показать, что циклические гормональные колебания направляют эмоциональные процессы взрослой женщины по определенному руслу.

По другую сторону баррикад находится влияние эмоциональных факторов на гонады. Сравнительное исследование ряда циклов одной женщины обнаруживает влияние, которое стимулирующие и подавляющие эмоциональные факторы оказывают на течение гонадного цикла. Хорошо известно, что эмоции могут провоцировать или задерживать менструацию; хуже известен тот факт, что под воздействием такого влияния время наступления овуляции также может варьировать. К примеру, удовлетворение или возбуждение в ходе гетеро-сексуальных половых отношений может способствовать овуляции, тогда как фрустрация или страх могут задерживать ее наступление. Колебания во времени наступления овуляции таковы, что, по-видимому, у человеческого вида не существует устойчивого бесплодного периода (хотя приблизительно такое состояние достигается в последнюю неделю перед менструацией). По' хожим образом эмоциональные факторы влияют на чис-| ло овуляций, частоту

ановуляторных циклов и симптома матку предменструальной фазы — у одних женщин сильнее, у других слабее. Сравнительное исследование сексуальных циклов у нескольких женщин обнаруживало, что характер цикла проявляется в соответствии с конституциональными и средовыми факторами, определяющими структуру личности. Наиболее очевидная характеристика цикла — его продолжительность — то есть промежуток между двумя менструациями. Средняя длина цикла — 28 дней; у некоторых женщин менструация наступает с интервалами в 21—23 дня; у других продолжительность цикла — от 32 до 35 дней, что тоже в пределах нормы. Важной особенностью структуры гормонального цикла является сложная взаимосвязь между эстрогенной и прогестиновой фазами цикла.

Прогестин — это специфический женский гормон. Эстроген может вырабатываться в разной степени с

самого детства (причем у обоих полов), тогда как прогестин развивается только после наступления половой зрелости как функция яйцеклетки. Понятно, что относительная нехватка или избыток прогестина, а также его связь с выработкой эстрогена, определяют особенности цикла. Если женщина достигает нормальной сексуальной зрелости без травматической фиксации надогенитальных фаз, гормональные циклы — то есть связь между эстрогенной и прогестиновой фазами цикла — будут нормальными; имеется в виду нормальная овуляция и нормальная продолжительность цикла. Если — по причине строения тела, или из-за травмы, или вследствие сочетания обоих факторов — происходит фиксация на догенитальный уровень, расстройство психосексуальной зрелости будет отражаться на цикле. Например, у пuerильных, бисексуальных женщин прогестиновая фаза не развивается полностью; циклы у них обычно короткие. У женщин, в чьей инфантильной фиксации преобладают рецептивные удерживающие тенденции (к примеру, в случае булимии, ожирения), — обычно длительные прогестероновые фазы, а также длинные циклы. Если психосексуальное развитие более заторможенное, цикл характеризуется длительными периодами с низким уровнем гормона; менструации могут происходить нерегулярно в пределах нормального диапазона. Характер гормонального цикла раскрывается на фоне факторов, определяющих психосексуальное развитие, тогда как психодинамическое течение цикла снова и снова повторяет ход развития в сжатой форме.

Исследование сексуального цикла позволяет сделать важные выводы относительно организации женского сексуального влечения. В соответствии с двумя

следование ряда циклов одной женщины обнаруживалось влияние, которое стимулирующие и подавляющие эмоциональные факторы оказывают на течение гонадного цикла. Хорошо известно, что эмоции могут провоцировать или задерживать менструацию; хуже известен тот факт, что под воздействием такого влияния время наступления овуляции также может варьировать. Кроме того, удовлетворение или возбуждение в ходе гетеросексуальных половых отношений может способствовать овуляции, тогда как фрустрация или страх могут задерживать ее наступление. Колебания во времени наступления овуляции таковы, что, по-видимому, у человеческого вида не существует устойчивого бесплодного;

периода (хотя приблизительно такое состояние достигается в последнюю неделю перед менструацией). Похожим образом эмоциональные факторы влияют на число овуляций, частоту ановуляторных циклов и симптоматику предменструальной фазы — у одних женщин сильнее, у других слабее. Сравнительное исследование сексуальных циклов у нескольких женщин обнаружило, что характер цикла проявляется в соответствии с конституциональными и средовыми факторами, определяющими структуру личности. Наиболее очевидная характеристика цикла — его продолжительность — то есть промежуток между двумя менструациями. Средняя длина цикла — 28 дней; у некоторых женщин менструация наступает с интервалами в 21—23 дня; у других продолжительность цикла — от 32 до 35 дней, что тоже в пределах нормы. Важной особенностью структуры гормонального цикла является сложная взаимосвязь между эстрогенной и прогестиновой фазами цикла.

Прогестин — это специфический женский гормон. Эстроген может вырабатываться в разной степени с

самого детства (причем у обоих полов), тогда как прогестин развивается только после наступления половой зрелости как функция яйцеклетки. Понятно, что относительная нехватка или избыток прогестина, а также его связь с выработкой эстрогена, определяют особенности цикла. Если женщина достигает нормальной сексуальной зрелости без травматической фиксации надогенитальных фаз, гормональные циклы — то есть связь между эстрогенной и прогестиновой фазами цикла — будут нормальными; имеется в виду нормальная овуляция и нормальная продолжительность цикла. Если — по причине строения тела, или из-за травмы, или вследствие сочетания обоих факторов — происходит фиксация на догенитальный уровень, расстройство психосексуальной зрелости будет отражаться на цикле. Например, у пuerильных, бисексуальных женщин прогестиновая фаза не развивается полностью; циклы у них обычно короткие. У женщин, в чьей инфантильной фиксации преобладают рецептивные удерживающие тенденции (к примеру, в случае булимии, ожирения), — обычно длительные прогестероновые фазы, а также длинные циклы. Если психосексуальное развитие более заторможенное, цикл характеризуется длительными периодами с низким уровнем гормона; менструации могут происходить нерегулярно в пределах нормального диапазона. Характер гормонального цикла раскрывается на фоне факторов, определяющих психосексуальное развитие, тогда как психодинамическое течение цикла снова и снова повторяет ход развития в сжатой форме.

Исследование сексуального цикла позволяет сделать важные выводы относительно организации женского сексуального влечения. В соответствии с двумя

фазами женской сексуальной функции имеется две тенденции, действующие последовательно: *активная* тенденция, цель которой — сделать безопасным сексуальный акт, и *пассивная* (рецептивно-удерживающая) тенденция, действующая для обеспечения безопасности функций беременности. Хелен Дойч (Helene Deutsch -- 63) путем психоаналитических наблюдений пришла к выводу, что специфическими качествами женской психики являются «тенденция к интроверсии» и «глубинная пассивность». Изучение сексуального

цикла подтверждает эту точку зрения и определяет ее физиологический субстрат. Так как эти тенденции начинают проявляться в определенные промежутки времени, совпадающие с, периодом активности специфически женского полово-;

го гормона, прогестина, мы можем с уверенностью пред^ положить, что психодинамические тенденции, направленные на эмоциональную подготовку к материнству, представляют собой истинное свойство женского психосексуального начала.

Беременность

Когда наступает беременность, циклическая функция яичников прерывается и не восстанавливается в регулярном виде до завершения периода лактации. Психологию беременности — ее основные психодинамические процессы — можно лучше понять в свете того, что уже известно относительно психологии прогести-новой фазы. Беременность характеризуется рецептивными и удерживающими тенденциями, а также тенден-¹цией к интроверсии психической энергии; при этом их интенсивность многократно усилена соответственно повышению уровня гормонов.

Взаимодействие между матерью и плодом — симбиоз — начинается после зачатия (Benedek — 26). Возникающие гормональные и общие обменные процессы, призванные поддерживать беременность, снова вырабатывают «избыточную энергию», пополняя сосуд изначального материнского нарциссизма. Беременная женщина обладает вегетативным спокойствием и получает удовольствие от своего тела, изобилующего либидиноз-ными ощущениями. Это дает ей положительное самоощущение и становится источником ее материнства. Первичное нарциссическое удовлетворение от беременности увеличивает терпение будущей матери в отношении трудностей беременности. Другой фактор, относящийся к психологии беременности, выражается в интенсификации рецептивных тенденций. Они являются проявлением биологического процесса роста. Беременная женщина не только желает «есть за двоих»¹; у нее также оживляются зависимые потребности. Она охотно принимает заботу окружающих, и, если ее зависи-;

мые желания не выполняются, возникающее чувство фрустрации усиливает напряженность ее рецептивных потребностей, что может разрушить первичное нарциссическое состояние беременности и, таким образом, помешать развитию материнства.

Хотя беременность — биологически естественное явление, все же она является исключительным состоянием, проверяющим соматические и психологические резервы женщины. Пока ее общие метаболические и

Томас С. Сас (Dr. Thomas S. Szasz) в двух последних статьях (224, 225) обсуждает избыточное слюноотделение, имеющее место в период беременности, в свете регрессивных феноменов вегетативной нервной системы.

эмоциональные ресурсы сконцентрированы на задачах которые ставит перед ней беременность, ее эго испытывает регресс по сравнению с обычным уровнем эго-интеграции. В то же время на биологическом уровне, диапазон личности расширяется для того, чтобы вклю-, чить в себя ребенка. Если мать ощущает в себе растущую способность любить ребенка и заботиться о нем, значит, она

переживает главный положительный опыт своего эмоционального состояния. Многие невротические женщины, в остальное время страдающие от повышенной тревожности, освобождаются от нее во время беременности; другие избавляются от депрессий и от резких колебаний настроения. Многие женщины, несмотря на телесный дискомфорт и тошноту, ощущают эмоциональную стабильность и переживают «счастливые времена» в период беременности. Клиническому изучению подлежит вопрос о том, несет ли ответственность за эти явления общая обменная и гормональная, стимуляция или роль здесь играет удовлетворение личности, достигшей своей цели в процессе деторождения;

по-видимому, роль каждого фактора варьирует в различных случаях.

Роды

В своих недавних исследованиях Данбар и др. (219) пытались оценить влияние, оказываемое психологической установкой матери на процесс родов. Ими применялись различные методы «психогигиены» в процессе наблюдения за беременностью, чтобы снизить страх женщины перед родами. С другой стороны, современные акушеры применяют гипноз и различные формы анестезии, чтобы сделать процесс родов наименее болезненным.

Насколько эти процедуры помогают матери разрешиться от бремени со счастливым чувством материнства и насколько они мешают этому, можно оценить лишь на обширном клиническом материале. Без сомнения, имеется много примеров, когда акушерская травма вызывала отчуждение матери от собственного ребенка. Но множество женщин рожали и продолжают рожать детей без анестезии; как правило, они разрешаются быстро и счастливо улыбаются, глядя на ребенка. Общеизвестно, что женщины вскоре забывают родовые муки. При этом есть много современных женщин, которые, рожая ребенка под анестезией, чувствуют себя лишенными великого ощущения материнства; они жалуются на то, что из-за недостатка воспоминаний о родах им сложно принять ребенка как своего собственного и почувствовать «материнство» по отношению к нему.

Родами прерывается биологический симбиоз между матерью и младенцем. Этот процесс травматичен не только для ребенка, но также и для матери. Гормональные сдвиги, вызывающие и регулирующие процесс родов, тяжелые муки и волнения, даже без использования наркотиков, создают помеху эмоциональной непрерывности единства мать — дитя. Во время родов мать сосредотачивается на собственном выживании. После родов любовь к новорожденному поднимается в ней, как только она впервые слышит крик младенца. С ощущением «хорошо сделанной работы» она отдыхает; ее организм готовится к следующей функции материнства —

к лактации.

Лактация — это функция, стимулируемая и поддерживаемая специфическим гормоном передней доли гипофиза, который называется *пролактин*. Влияние пролактина на выполнение задач материнства хорошо изучено на животных. При исследовании человека имеется тенденция игнорировать чисто физиологические аспекты материнства. Физиологическая подготовка к лактации показывает, что тело матери после родов еще не готово отказаться от симбиоза с

младенцем: лактация представляет собой внеутробный (частичный) симбиоз матери и ребенка. Психодинамические составляющие лактации аналогичны компонентам прогестиновой фазы цикла¹. Во время этой фазы намерение стать матерью выражается путем активных и пассивно-рецептивных тенденций. В период лактации эти тенденции набирают силу; они становятся осью, вокруг которой сосредотачивается материнская активность. Желание матери кормить ребенка, быть в тесной телесной связи с ним, представляет собой продолжение первоначального симбиоза и вызывает приятные тактильные ощущения не только у ребенка, но и у матери. Пока младенец вскармливается грудью, мать чувствует себя в единении с ним. Идентификация с ребенком дает матери возможность «регресса», то есть повторения и удовлетворения собственных пассивно-рецептивных зависимых потребностей. Через процесс идентификации матери и ребенка лактация производит медленную, шаг за шагом, интеграцию нормального материнства. Если этот процесс¹ материнского развития подавляется, насильственные изменения гормональной функции могут нарушить псиПролактин и эстроген действуют как антагонисты. В период беременности высокий уровень эстрогена подавляет функции" молочной железы; в период нормальной лактации пррлактин подавляет выработку эстрогена. Поэтому у большинства женщин не происходит овуляции или менструации в период лактации.

хосоматический баланс, являющийся источником материнства.

Уязвимость процесса развития женщины как матери можно попытаться объяснить, кратко изложив суть психосоматических процессов послеродового периода и лактации: в этот период жизни матери доминируют *орально-рецептивные тенденции*. То, что усиление орально-рецептивных тенденций создает психодинамические условия для развития депрессии, давно установлено психоанализом (Abraham, Freud — 3, 93). Таким образом, психодинамические тенденции сопутствуют материнству, а кормление располагает женщину к самокритике в отношении материнских функций. Она становится сверхчувствительной в отношении своей способности быть хорошей матерью. Любой показатель ее неуспеха — крик младенца, к примеру, — усиливает ее чувство неполноценности и может способствовать тревожной напряженности и депрессии. Так же как подавление лактации может представлять препятствие для. материнства, так и неуспех, берущий начало в других личностных аспектах, может помешать лактации. В народе всегда считалось, что на эмоциональное состояние матери оказывает влияние ее способность вскормить ребенка; если мать счастлива, то у нее «хорошее» молоко и ребенок охотно поглощает его; если же несчастлива, в депрессии или волнении, количество и качество молока меняется, оно вызывает у ребенка колики и другие недомогания. Задачей для дальнейшего исследования симбиоза между матерью и ребенком является дать научное объяснение подобного рода наблюдениям.

Когда лактация завершается, репродуктивная задача матери в отношении данного ребенка заканчивается;

циклическая функция яичников восстанавливается и начинается подготовка женщины к следующему потомству. Через циклическое повторение подготовки к материнству и через выполнение этой инстинктивной потребности женщина достигает своей сексуальной

зрелости, а также завершения своего личностного разви—Д тия.

Менопауза

Репродуктивный период у женщин длится в сред--; нем примерно тридцать пять лет. Его спад приближается постепенно; его завершение отмечается прекращением менструаций — *менопаузой*, которая имеет место в период климакса. В нашей культуре этот период обычно ожидается с мрачным предчувствием, поскольку женщины предполагают, что климакс представляет собой период сильного психического и соматического стресса. Тем не менее существует много женщин, которые | едва замечают перемену; другие страдают, в течение длительного или короткого периода, от беспокойства и раздражительности, бессонницы, сердцебиения и «приливов» жара, то есть от симптомов, характеризующих Не-і| стабильность вегетативной нервной системы. Имеются | данные, свидетельствующие о различии процесса дегенерации ткани яичников у нерожавших женщин и у женщин, перенесших несколько беременностей. Менопауза у первой группы женщин наступает раньше и протекает более интенсивно, чем у второй группы. Эти данные соответствуют психоаналитическим наблюдениям, а именно, что с завершением сексуальной зрелости и функционирования регрессивные эмоциональные проявления, характеризующие ослабление предменструальной

гормональной фазы, сглаживаются адаптивными процессами развития. Таким образом, когда гонадная стимуляция затихает, эмоциональная организация здоровой женщины не может серьезно пострадать от этой потери. После того, как интеграция личности уже произошла, женщина становится независимой от гонад-ной стимуляции в плане поддержания сублимаций, достигнутых в течение репродуктивного периода.

Женщины, которые были неспособны адаптироваться к ежемесячному предменструальному гормональному снижению и страдали от предменструальных депрессий и дисменореи, как правило, снова страдают от неприятных ощущений в течение климактерического периода. Многие женщины страдают от невротических, соматических и других психотических проявлений, которые, поскольку они происходят во время менопаузы, часто приписываются проявлениям климакса. Но психоаналитическое исследование в подобных случаях обнаруживает, что симптомы, обостряющиеся во время климакса, уже существовали (а если в латентном виде,-то были сформированы) на протяжении репродуктивного периода. История жизни и структура личности больных в большом проценте случаев обнаруживают, что (1) роль в нарушении развития играла бисексуальная предрасположенность и (2) в структуре психики стремления эго доминировали в большей степени, чем первичное эмоциональное удовлетворение от материнства'.

Другим бывает климакс у тех женщин, чьи адаптивные способности не истощены имевшим место ранее

С гормональной точки зрения мы можем сказать, что эстрогенная фаза перевешивает прогестиновую фазу в сексуальном цикле этих женщин.

невротическим процессом. Когда остановка биологического роста освобождает психическую энергию, направлявшуюся прежде на репродуктивные задачи, это дает гибкому эго таких женщин новый

импульс для обучения и социализации. Разнообразные интересы и продуктивность женщин после климакса, а также улучшение их общего соматического и эмоционального здоровья, все это дает нам возможность рассматривать климакс в психологическом смысле как фазу развития (Benedek — 25).

3. ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ

Среди сексуальных дисфункций часто выделяются проявления *гипо-и* гмьерсексуальности. Вышеупомянутая дискуссия, однако, показывает, что такое разделение имеет скорее описательное значение, чем психодинамическое или эндокринологическое. Термины, обозначающие различные симптомы сексуальных дисфункций, не относятся к вполне определенным нозологическим единицам. Симптомы могут непрерывно видоизменяться не только под воздействием эволюционных изменений психодинамики, но также вследствие кратковременных обстоятельств, влияющих на настроение, на усиление или ослабление желания, а также на уровень тревожности, связанной с сексуальными отношениями.

Задержка психосексуального развития может ощущаться как застенчивость в отношении противоположного пола, как отсутствие интереса или антипатия в отношении сексуальной активности. Она может быть рационализирована страхом венерического заболевания, а также культурными требованиями в плане целомудрия. Такие эмоции и их рационализации служат в качестве

защит от более серьезных сексуальных конфликтов, которые могут оставаться подавленными до тех пор, пока избегаются сексуальные контакты. В этом смысле импотенция у мужчин и фригидность у женщин могут рассматриваться как защиты эго.

Импотенция — симптом, глубоко задевающий мужское самолюбие. Он служит в качестве защиты от конфликтов и импульсов, которые могут становиться угрожающими для эго, если эго контроль снижается вследствие сексуального экстаза. Импотенция может, к примеру, поддерживать садистические импульсы и фантазии в вытесненном состоянии. Фантазия о пенисе, как сильном разрушающем органе, который может нанести безвозвратный ущерб любимой женщине, — это отрицание и проекция *комплекса кастрации, который является основной мотивацией любого сексуального подавления*. Страх потери пениса может препятствовать развитию эрекции, а также может вести к преждевременной потере эрекции. Степень тяжести импотенции можно определить по силе или слабости эрекции. В легких случаях импотенция может быть результатом, если можно так выразиться, «отрицательного условного рефлекса». После того, как мужчина испытал неудачу, во время новой попытки интимного сближения эрекция может быть нейтрализована мрачными опасениями и чувством досады. Импотенция становится более серьезным симптомом в случае, если мотивом для нее служат конфликтующие бисексуальные тенденции; в таких случаях эрекция может быстро спадать или не развиваться вовсе. Кроме того, психодинамические мотивации импотенции и *преждевременной эякуляции* тесно связаны.

Преждевременная эякуляция может варьировать по частоте и интенсивности. Легкие случаи характеризуются кратковременностью

акта и/или тенденцией к пассивному вытеканию семенной жидкости без волевого мышечного ритма оргазма. Время от времени это может происходить также и у мужчин с нормальной потенцией. Может произойти, к примеру, что выделительное побуждение, являющееся одним из элементов акта оргазма, пересилит удерживающий, сохраняющий элемент. Такое может случиться, например, после долгого воздержания. Тогда давление семенной жидкости вызывает быструю разрядку, что является иллюстрацией того факта, что мужские половые органы обладают в первую очередь выделительной функцией. Достаточно исчерпывающее исследование различных форм преждевременной эякуляции и их динамики провел Абрахам (1). Преждевременная эякуляция представляет собой фиксацию на уретральном эротизме. Такая фиксация либидо обычно «тренируется» энурезом и мастурбацией, вследствие чего связывается с чувством вины и неполноценности; это обычно ведет к бессознательной идентификации семени с мочой, что создает стремление к немедленному запуску функции выделения при ощущении давления'. Таким образом, мы видим, что преждевременная эякуляция развивается у того, у кого не произошла интеграция первичной пассивно-выделительной тенденции с активным агрессивно-выделительным компонентом. Остается неясным, почему возникает такое сопротивление против удерживания мочи и контролирования сфинктера. Симптом представляет собой регрессию на раннюю младенческую стадию, на которой мочевой пузырь опорожняется пассивно, без необходимости преодолевать растяжение сфинктера.

Активным компонентом сексуального влечения, без которого генитальная первичность пениса не может быть достигнута. Только ритмичная смена активных выделительных и удерживающих тенденций создает оргазм. Абрахам усматривает в случае преждевременной эякуляции феминную ориентацию ведущей эрогенной зоны:

Кульминация возбуждения ощущается у основания пениса и в промежности, а не в головке и стержне пениса. Мы видим, что мотивом преждевременной эякуляции является феминный компонент сексуальных зачатков, которые в процессе сексуального созревания не были

преодолены и вытеснены.

Задержанная эякуляция является симптоматической противоположностью преждевременной эякуляции:

тенденция к удержанию пересиливает тенденцию к выделению и таким образом препятствует достижению оргастической разрядки. Такой симптом может также наблюдаться у мужчин с нормальной потенцией, особенно после сексуального изнеможения. В качестве патологического симптома он выражает тревогу, связанную с потерей семени. Страх кастрации в этом случае не влияет на желание и на силу эрекции и проникновения, а эякуляция подавляется из-за страха потери себя или страха смерти. Поэтому регуляцию оргастического ритма принимает на себя удерживающая, изначально анально-садистическая тенденция. Было бы неудивительно, если бы в результате наблюдений обнаружилось, что этот симптом связан с функциональной стерильностью у мужчин.

Тот факт, что уретральный эротизм тесно переплетен с инфантильным генитальным эротизмом, несет ответственность за

симптом *энуреза*. Энурез обычно возникает в латентный период и в подавляющем большинстве случаев прекращается с началом полового созревания. Исчезновение энуреза в подростковом возрасте является, по-видимому, результатом созревания половых органов. Возбуждение, привыкшее к разрядке путем догенитального уретрального эротизма, смещается к гениталиям и начинает разряжаться с помощью поллюций¹. Однако бывают случаи сохранения энуреза и после пубертата.

Преобладание уретрального эротизма в детстве оставляет след в психосексуальном развитии, который может быть оживлен с помощью несексуальной стимуляции. Не только либидинальное удовлетворение вызывает озабоченность ребенка мочеиспусканием; первое удовлетворение эго и ощущение власти также связаны с обучением управлению сфинктером. Таким образом, самоуважение ребенка во многом развивается в связи с его первым достижением в этом отношении. Позднее, во время латентного периода, стремление эго к власти, к успеху в соревновании, выражается с помощью уретрального эротизма и навсегда остается с ним связанным (Jones— 127). Поэтому возбуждение, несексуальное по своей изначальной природе, разряжается через мочевые пути. К примеру, тревожная напряженность, особенно если тревога связана с выполнением и достижением, может стать причиной *повышенного диуреза*. Почки наполняют мочевой пузырь большим количеством эквивалент поллюций у девочек — оргазм — едва ли может нести ответственность за прекращение энуреза с наступлением пубертата. В процессе созревания половых органов приобретают

интенсивность другие тенденции, которые и берут на себя раз-¹ рядку сексуального возбуждения.

294

вом мочи, тем самым усиливая озабоченность человека в отношении контроля своего мочевого пузыря и мочеиспускания.. Иногда этот процесс эротизирован до такой степени, что выливание большого количества воды и последующая разрядка большого количества мочи имитируют несахарный диабет. В других случаях полиурия сама по себе вызывает тревогу в отношении контроля над мочевым пузырем; страх «опоздать» усиливает са-домазохистское напряжение и *частоту мочеиспускания*. Такое принудительное мочеиспускание может сопровождаться *сперматореей* (истечением семени). Это та лазейка, куда ускользает семенная жидкость (или по большей части секрет простаты). Мастурбация, а, точнее, страх ее последствий может становиться причиной этого симптома у мальчиков-подростков; однако чаще это происходит у взрослых людей, особенно при наличии увеличенной простаты и озабоченности частотой мочеиспускания. Кроме того, это может быть одним из симптомов *мужского климакса*. " • :

Термин *климакс* часто применяют для обозначения периода снижения репродуктивной функции у обоих полов. Этот процесс различен у мужчины и у женщины ввиду разной организации репродуктивной функции. ¹ У мужчин не наблюдается определенного прекращения репродуктивного периода, сравнимого с менопаузой у женщин. У мужчин не только сексуальное побуждение, но также и репродуктивная способность могут быть реанимированы даже после

практически полного затухания. Тем не менее с годами сексуальная способность заметно снижается. То, каким образом человек реагирует на свою убывающую сексуальную потенцию, зависит от структуры личности в целом. Уравновешенная

личность относится к этому спокойно, компенсируясь с помощью своей семьи и личных достижений. Однако некоторые личности — особенно с сильным нарциссическим радикалом — на свою незащищенность в отношении потенции могут реагировать регрессивными проявлениями. Недостаточность потенции может нанести непоправимый ущерб личности, она может активизировать латентный страх кастрации, что в свою очередь создает мотив для симптоматики, подтверждающей предположение о приходе *мужского климакса*. В некоторых случаях с потерей мужской силы может происходить эротизация регрессивных тенденций; тогда могут развиваться уретральные расстройства, как описано выше. В других случаях усилия, направленные на сохранение потенции, когда интегрирующее влияние андрогенов уже иссякло, пробуждают инфантильные фантазии и тенденции к сексуальным перверзиям. Таким образом может развиваться псевдогиперсексуальность. Известно, что в период инволюции начинает сказываться нехватка половых гормонов, и возникающие перверзии нельзя рассматривать как гиперсексуальность в физиологическом смысле слова. Они являются фиксациями и регрессиями догенитальных сексуальных тенденций (Fenichel — 83).

Термин *гомосексуальность*, достаточно свободно используемый, включает в себя все сексуальные практики между представителями одного пола. Психодинамические мотивации каждой из множества гомосексуальных перверзии хорошо изучены, начиная с простой задержки гетеросексуального развития и включая те функциональные сексуальные состояния, когда эротические чувства по отношению к противоположному полу кажутся

непостижимыми. Однако корреляция психодинамических факторов с соматическими и гормональными показателями сексуальных отклонений отсутствует. В ряде случаев — но не во всех и это не связано с глубиной перверзии — некоторые аспекты строения тела, рост волос, походка и жесты показывают, что гомосексуальность прочно укоренилась не только в эмоциональных, но и в соматических характеристиках человеческой натуры. Предпринималось несколько попыток решить эту загадку с помощью выявления предполагаемого эндокринного дисбаланса для того, чтобы доказать, что основой гомосексуальности является перевернутое соотношение андрогена и эстрогена. Поскольку вариативность этого показателя бисексуальности также достаточно велика и у так называемых нормальных индивидов, то полученные данные не решают проблему гомосексуальности. В литературе были описаны случаи, когда имплантированный тестикулярный Трансплантат изменял направление либидо. Гормонотерапия, как правило, оказывается безуспешной, поскольку повышаемое гормональное напряжение нуждается в гомосексуальной разрядке (Perloff — 179). Несмотря на это, в психоанализе удается достигать изменения психодинамических совокупностей в тех случаях, когда задержка в развитии перевешивает биологические мотивационные факторы.

Гиперсексуальность и/или преждевременное созревание описаны в литературе; психоаналитических исследований подобных индивидов не проводилось. По-видимому, догенитальные тенденции, если они настолько доминируют в психосексуальной картине личности, что вызывают продолжительные перверзии, могут также

быть частичным выражением преждевременного созревания и гиперсексуальности в детстве. Если выразить это с психодинамической точки зрения, частичные инстинктивные тенденции поглощают значительную часть имеющегося в наличии либидо и поэтому не могут быть включенными в общий процесс развития сексуальности; оставаясь изолированными, они независимо прокладывают свой путь к разрядке. Такая частичная разрядка не может полностью канализировать всю сексуальную энергию. Таким образом, потребность в удовлетворении частичных тенденций растет в быстром темпе; они становятся ненасыщаемыми. Поэтому перверзии производят впечатление гиперсексуальности. Но если учесть общий психосексуальный баланс, становится очевидным отрицательный параметр, заключающийся в сниженной способности получать оргазм.

Все обсуждаемые здесь проявления гипо- и гиперсексуальности — за исключением мужского климакса — показывают, что мотивами дисфункций половых органов являются интрапсихические конфликты и соответственно внутреннее потребление психосексуальной энергии; соматические проявления этих симптомов не имеют эндокринологического коррелята, достаточного для того, чтобы использовать для исследований в этой области современные методы эндокринологии. Все эти расстройства являются в прямом смысле слова *психосексуальными дисфункциями*.

Психосексуальные дисфункции у женщин, вероятно, связаны с функционированием яичников, так как все это непосредственно отражается в изменениях менструальных симптомов и сексуального цикла.

Фригидность, наиболее распространенная сексуальная дисфункция, тем не менее может быть связана с овариальной функцией лишь в редких случаях тяжелого гипогонадизма. Во всех других случаях у женщин может быть любая форма и степень фригидности и в то же время нормальная половая функция. Известно, что многие женщины, имеющие детей и становящиеся хорошими матерями, никогда не испытывали оргазм. Для женщины в большей степени, чем для мужчины, качество сексуального переживания зависит от партнера, от его потенции и умения, от способности преодолеть ее застенчивость и ее сексуальный страх. Конечно, существуют женщины, чья оргастическая способность не подавляется и которые благодаря анатомическому устройству своих половых органов легко достигают оргазма. По причине сложности сексуального созревания, а также усложняющего влияния культурных аспектов у женщин легко создаются защиты против сексуальности, выражающиеся в подавлении способности женщины к оргазму. Психодинамические мотивации при фригидности такие же, как и при импотенции. Фригидность коренится в страхе опасности, бессознательно ассоциирующейся с достижением сексуальной цели: у женщины это страх, что пенис каким-то образом на-несет ей ущерб, и страх беременности и рождения ребенка. При этом фригидность и

импотенция сильно различаются по своей социальной и эмоциональной значимости. Фригидность не препятствует репродуктивной функции, как это происходит при импотенции. Так как женский оргазм достигается путем «пассивного сотрудничества», его отсутствие не ущемляет самоуважение женщины, как это бывает у мужчин при импотенции. Сексуальные практики, которые могут помочь в преодолении женской фригидности, часто могут создавать помеху мужчине в его собственном удовлетворении; поэтому фригидность часто рассматривается как нечто не имеющее особого значения. В некоторых культурах — как, например, в викторианскую эпоху в западной культуре — оргазм воспринимался как «неженственный» и отсутствие оргазма считалось добродетелью. Известно, что конверсионная истерия коррелирует с требуемым в подобных культурах подавлением сексуальности. Сегодня фригидность считается не добродетелью, а недостатком, в котором женщины порой упрекают себя, но чаще — своих мужей. То, как женщины реагируют на фрустрацию потребности в оргазме, зависит от структуры личности в целом. Женщинам, имеющим своего рода «материнскую дающую» установку, обычно хватает частичного удовлетворения; другие женщины дают реакцию злости и депрессии; третьи, боясь фрустрации, тревожно следят за ходом сексуального акта и агрессивно контролируют партнера: таким образом они препятствуют тому, чего желают достичь в той степени, в которой это известно их сознательному «Я». При этом за эмоциональными проявлениями обнаруживается глубинный сексуальный конфликт, основанный обычно на бисексуальных тенденциях, препятствующих оргастической способности.

Вагинизм — это крайнее проявление бисексуального конфликта и как следствие сексуального страха. Этот симптом представляет собой перенос ожидаемого сексуального возбуждения на мышцы промежности и влагалища. Это защищает женщину от боли, которой она боится, но она страдает от боли, которую она сама себе причиняет. Если опустить здесь сексуальные фантазии,

выражаемые этим симптомом, то вагинизм достигает своей цели, не впуская пенис, выталкивая его или болезненно его сжимая. Бесспорно, садистские и мазохистские тенденции в рамках этого симптома сплавляются с уретральными, анально-выделительными и удерживающими тенденциями. Таким образом, этот симптом может соответствовать преждевременной и/или задержанной эякуляции. Поскольку влагалище является рецептивным органом, вагинизм — это выражение сильных орально-инкорпорирующих тенденций, что напоминает реализацию угрожающей идеи «зубастой вагины». Вагинизм бывает обычно у молодых женщин, чей психосексуальный характер обнаруживает помимо уретральной и анальной фиксации еще и сексуальный инфантилизм. Это выражается не только в их эмоциональной жизни, но также в несовершенстве и незрелости их сексуального цикла. Тем не менее физиологические и психологические аспекты феномена могут рассматриваться независимо друг от друга. Если сексуальный цикл женщины, реагирующей на сексуальную фрустрацию злостью и впадением в депрессию, соответствует этому настроению и происходит снижение выработки овариального гормона, то тогда с помощью современных методов исследования невозможно определить, низкий ли уровень гормона является причиной

неудовлетворительного настроения, или же злость и фрустрация тормозят выработку гормона. Женщины с более лабильной гормональной функцией склонны к фригидности. Тут важен вопрос о том, может ли взаимодействие факторов, являющихся причиной фригидности, также воздействовать на овариальные функции посредством фрустрации или злости. Важно помнить о том", что сек1Л1

суальный цикл, уже сформировавшись, является нестабильным и подвержен изменениям; это дает также ключ к пониманию дисменореи.

Дисменорея (Dunbar — 75) относится к соматическим и эмоциональным нарушениям, возникающим за 1—3 суток до или вскоре после наступления менструации. В патогенезе данного синдрома всегда выделяются два аспекта: (1) соматический, предположительно связанный с отсутствием окончательной сексуальной зрелости, и (2) эмоциональный, обозначаемый термином «психогенные факторы». Симптомы дисменореи сильно варьируют, хотя у каждой отдельной женщины при дисменорее обычно каждый раз наблюдается одна и та же группа симптомов. Некоторые женщины страдают от болей, напоминающих боли при родах, и у них выделяются сгустки крови; у других возникает гиперемия и растяжение органов таза; у третьих появляются «пленочная дисменорея» и выделения гиперпластической слизистой оболочки, сопровождаемые сильными болями.

Неудивительно, что эти женщины — обычно девочки — боятся менструации и готовятся к ней как к хирургической операции. Наиболее частой формой дисменореи являются «менструальные боли»: обычными симптомами этих болей являются дискомфорт в животе, тошнота, рвота, диарея; из этих состояний могут также развиваться мигрень и другие вазомоторные симптомы, тахикардия или брадикардия, состояния тревоги и приступы обморока. Эмоциональные проявления пред-менструального напряжения и депрессии могут развиваться без проявления каких-либо соматических симптомов дисменореи. Однако они могут возникать на фоне «менструальных болей» и сопровождать их в виде

своеобразной беспомощной ярости. Симптомы пред-менструального напряжения могут имитировать ажи-тированную депрессию: ощущение фрустрации, злость и беспокойство вызывают несчастливое, противное настроение. Другой тип предменструальной депрессии характеризуется повышенной чувствительностью, унынием и ипохондрической тревожностью. (Эти депрессии настолько невыносимы в течение всего времени, пока они длятся, что женщины упускают из виду тот факт, что это состояние продолжается всего несколько дней.)

Вообще симптомы дисменореи и предменструальной депрессии имеют одну и ту же психодинамическую мотивацию как симптомы, обычно сопровождающие позднюю предменструальную фазу; при дисменорее, однако, проявления симптомов могут быть чрезвычайно усиленными. Например, эмоциональные проявления, соответствующие снижению прогестерона, мотивируются анально-выделительными и удерживающими тенденциями. В норме эти тенденции выражаются в сновидениях и эмоциональных реакциях на менструацию' («это грязно» и т.д.), тогда как при дисменорее аналогичные тенденции мотивируют вегетативную разрядку «менструальных болей», что само по себе является сложной и интересной проблемой. В соответствии с

психоаналитической концепцией это общее нервное возбуждение может быть объяснено тревогой, изначально возникающей при менструации у этих больных, к которой добавляется страх повторения болезненных ощущений. Из физиологии известно, что овариальная недостаточность повышает раздражимость вегетативной нервной системы. Но дисменорея соответствует не только низкому уровню выработки гормонов; ей часто сопутствует

303

высокий уровень выработки эстрогена в поздний предменструальный период и во время менструации.

Следующие клинические факты могут помочь прояснению этой проблемы. (1) Дисменорея редко возникает в подростковом возрасте; она обычно развивается в позднем юношеском возрасте. (2) Она может возникать у рожавших женщин с совершенно нормальной менструацией; но после достижения зрелости регрессия может активировать дисменорею. Примером первого факта служит следующий случай.

Молодая женщина, у которой менструации начались в 13 лет. У нее не было «проблем»; менструации были обильными и приходили нерегулярно с интервалами от 6 до 8 недель. Когда ей было 18 и она училась в колледже, у нее было несколько более или менее серьезных романов; после этого у нее развилась чрезвычайно сильная дисменорея, которую она лечила два с половиной года путем гормональных инъекций. Менструации стали более регулярными, но дисменорея осталась такой же сильной; после замужества дисменорея осложнилась сильным предменструальным напряжением. При прохождении психоанализа, влагалищный мазок выявил у нее дефицитарность цикла; у нее была нормальная эстрогенная фаза и неполная прогестероновая фаза. (Она была бесплодна.) Все это свидетельствует о том, что дисменорея началась, когда эротическая стимуляция сделала сексуальность ее эмоциональной потребностью, и в то же время она активировала ее сопротивление, ее бунт против «феминной роли». Анализ гормонального цикла выявил, что относительно уровня ее психосексуальной зрелости у нее был избыток эстрогенной стимуляции, чем и объясняется возникновение дисменореи.

А вот пример ситуации второго типа.

У молодой замужней женщины не было менструальных проблем до брака. Она легко забеременела; у нее было двое детей (с разницей в возрасте два с половиной года). Когда ее второму ребенку было примерно полтора года, она вдруг почувствовала сильные агрессивные импульсы по отношению к своим детям. Она впала в панику; с помощью паники она боролась с фобическими реакциями. Вместе с тем у нее развилась сильная дисменорея. Она ощущала, что менструация подобна аборту и что она страдает, потому что не хочет больше иметь детей. В ее эмоциональном цикле наблюдались тенденции, направленные на борьбу против материнства. Таким образом мы предполагаем, что в качестве реакции на состояние сильной тревоги возникла регрессия. В данном случае, по-видимому, чувства тревоги и вины увеличили тонус вегетативной нервной системы и в то же время нарушили баланс гормонального цикла; эти два фактора в совокупности явились причиной дисменореи.

Психодинамические реакции на поздней предменструальной

фазе обычно более интенсивные и более сложные, чем можно было бы ожидать только на основе выработки овариального гормона. При дисменорее специфичность психодинамических реакций затмевается реакцией вегетативной нервной системы. Дисменорея, хотя и представляет собой реакцию на недостаточную (инфантильного типа) овариальную функцию, не является только симптомом гипосексуальности. Здесь скорее имеет место снижение эгоконтроля над психо 1

сексуальными конфликтами. Конфликты, «возвраща- 1 ясь из вытеснения», активируют тревожность и неспецифические реакции нервной системы, которые в свою очередь располагают женщину к чрезмерной реакции на предменструальные гормональные изменения.

Олигоменорея означает скудные менструации с длинными интервалами. Она может быть признаком задержки сексуального развития на основе гипогонадизма, но чаще это явление вторичное, как результат психической регрессии. Подобные явления были выявлены, к примеру, при булимии и последующем ожирении. Булимия может развиваться у женщин, реагирующих на женскую сексуальную функцию не посредством маскулинной идентификации, а путем депрессии и регрессии на оральную стадию развития. Обменные процессы, связанные с ожирением, а также депрессия несут ответственность за проявления гипосексуальности; такое состояние обычно хорошо поддается психотерапии.

Аменорея — более серьезная форма олигоменореи. Могут чередоваться два типа проявлений. Аменорея может быть признаком гипогонадизма, но может также возникать в результате психогенных воздействий. Среди психогенных аменорей можно выделить две основные группы. Первая — аменорея у молодых женщин, которые, защищаясь от женской сексуальности, способны более или менее полностью подавлять овариальный цикл;

при этом обычно эмоциональные проявления сексуальности не вытесняются. Так, они могут фантазировать о жизни, наполненной гетеросексуальным опытом, не имея никакого отношения к «грязной, болезненной, неприятной» стороне жизни женщины. Разумеется, органическая предрасположенность способствует такому

результату; подобная интенсивность психосексуального конфликта и даже большая интенсивность тревожности в других случаях активирует иные симптомы, в меньшей степени препятствующие репродуктивной функции. Тем не менее такие случаи легко поддаются психоаналитической терапии. После того, как они становятся способны переживать гетеросексуальную стимуляцию, аменорея обычно проходит.

Другая форма аменореи возникает как часть синдрома *ложной беременности*. Этот термин относится к тем случаям аменореи, когда женщина свято верит в то, что она беременна и у нее развиваются объективные признаки беременности при отсутствии самой беременности. Достаточно часто бывает, что под влиянием желания или страха забеременеть возникают ранние симптомы беременности, задерживающие приход менструации на много недель. Многократно описывавшиеся случаи продолжительной аменореи с увеличением живота и характерными изменениями груди, имитирующие беременность, являются сложными психосексуальными симптомами,

обычно конверсионно-истерического характера. Этот симптом на нескольких уровнях выражает конфликт, связанный с рождением детей. Обычно такие женщины бесплодны. Бессознательно боясь беременности и чувствуя вину за свою часто осознанную враждебность по отношению к детям, эти женщины сознательно требуют материнства и в период ложной беременности получают удовлетворение, оправданием которому служит беременность.

Психопатологические проявления репродуктивных функций разнообразны. Репродуктивное желание, будучи особым проявлением инстинкта самосохранения,

может вступать в конфликт с интересами и желаниями собственного «Я». Это играет свою роль также и в мужской сексопатологии. У женщин конфликт между чувством самосохранения и детородной функцией обоснован тем, что рождение ребенка может представлять опасность, а роль матери — это тяжелое бремя. Все, что было сказано об инстинктивных тенденциях к материнству, его эволюционной интеграции в процессе сексуального созревания и его проявлениях во время каждого сексуального цикла, — это все также раскрывает конфликты, ведущие к различным патологическим проявлениям репродуктивной функции. Женщинами обычно не осознаются внутренние конфликты, связанные с деторождением, до тех пор, пока они не активизируются посредством интенсивных психических и обменных процессов, связанных с беременностью. Эмоциональное расстройство, связанное с беременностью, может быть описано как *ипохондрический синдром*. Ипохондрический синдром является результатом концентрации (нарциссического) либидо, которое воспринимается с тревожным и беспокоящим осознанием органа или органов, представляющих собой источник опасности (Ferenczi — 84). Таким образом, тот же нарциссический катексис, которым объясняется удовлетворенность женщины во время нормальной беременности, может провоцировать невыносимую тревожность, если эго женщины не ощущает в материнстве ничего, кроме опасности. Анализ индивидуального случая покажет, являются ли источником тревожности реакции на телесные изменения при беременности и предчувствие опасностей деторождения, или первопричиной является враждебность по отношению к еще не родившемуся ребенку. В неко-

торых случаях тревожность, связанная с телом, вызывает только ипохондрические симптомы; в других случаях появившаяся агрессия может быть спроецирована на ребенка, к которому испытывается ненависть и страх, как к причине расстройства в целом. В ряде случаев первичная агрессия в отношении ребенка запускает механизм депрессии, которая в свою очередь может вести к развитию ипохондрического синдрома.

Психоаналитическое исследование различных расстройств, связанных с беременностью, показывает, что одни и те же психодинамические конфликты могут быть ответственными за разные патологические феномены. Согласно нашему предположению конституциональные факторы являются решающими относительно того, повлияет ли конфликт развития на соматические (гормональные и обменные) процессы при беременности, или же этот конфликт вызовет психиатрические нарушения. В некоторых случаях страх беременности и/или враждебные импульсы по отношению к ребенку могут

действовать через подавление гормональных процессов, поддерживающих беременность, вызывая таким образом выкидыш; в других случаях токсическая рвота или нервная анорексия развивается без какого-либо осознания эмоционального конфликта. В «чистых» психиатрических случаях беременность может протекать нормально, но женщину вдруг охватывает паника, рационализирующаяся идеями ущерба, наносимого телу растущим внутри плодом, или страх смерти при родах;

паника может возрасти при наличии суицидальных имК ним могут быть отнесены все эндокринные железы, за исключением яичников, особенно гипофиз, надпочечники и щитовидная железа.

309

пульсов или агрессивных импульсов по отношению к ребенку. В оборонительной борьбе против паники у женщины могут развиваться фобические реакции или депрессии; может также произойти регресс на уровне тяжелого шизофренического психоза («послеродовой психоз»). В ряде случаев прерывание беременности или родов может вести к симптоматическому выздоровлению; в других случаях это не прекращает процесс, который, однажды начавшись, вынуждает женщину ощущать чувство неполноценности и вины вследствие неуспеха в осуществлении своей природной функции. По-видимому, натиск обменных процессов при беременности заряжает конфликты развития настолько интенсивными эмоциями, что они переполняют эго и делают его беспомощным перед лицом самой важной ин-тегративной задачи в жизни женщины.

Более счастливы в некотором отношении те женщины, которые свободны от реализации конфликтов, связанных с деторождением, будучи *бесплодными*. Исследование различных проявлений подавления репродуктивных функций показывает, что плодовитость относительна. Бесплодие может быть абсолютным, в случае тазовых или glandулярных аномалий по причине пороков развития и болезни. Все остальные формы бесплодия относительны и зависят от множества органических (обменных) и психических факторов. И здесь мы можем повторить: насколько нам известны психодинамические мотивации бесплодия, те же конфликты, которые вызывают ипохондрическую панику у одной женщины и депрессию у другой, могут проявиться в связи с бесплодием у третьей. Женщины, «страдающие» от функционального бесплодия, не осознают своей тревожности и враждебности в отношении деторождения; они могут продолжать отстаивать свою непротиворечивую установку по отношению к материнству.

Так называемое функциональное бесплодие имеет много разновидностей; в ряде случаев оно не достигает уровня настоящего психосоматического симптома по причине отсутствия соматических изменений. Например, женщина может становиться бесплодной, когда желание сексуальной близости подавляется во время фертильного периода и коитус имеет место только во время бесплодной фазы цикла. Соматическим изменением, ведущим к бесплодию, может являться хитрое устройство цикла, при котором овуляция возникает во время менструации, когда коитуса обычно не бывает (Rubenstein — 197, 198). Таким образом, невротическое изменение желания стать родителем у одного или у обоих супругов может инициировать бесплодие, и, как

следствие взаимодействия между супругами, оно может вести в конечном счете к подавлению плодовитости. Еще сильнее подверженность организма психическим факторам в тех случаях, когда бесплодие вызывается спазмом фаллопиевых труб и их закупоркой, а также когда психосексуальные конфликты ведут к подавлению овариальной функции и как следствие к прекращению овуляции.

Мотивации функционального бесплодия лучше всего могут быть изучены путем анализа реакции женщины на собственное бесплодие. Представляют интерес психологические факторы, связанные с усыновлением. Мотивации, побуждающие женщину к усыновлению ребенка после того, как ей становится известно о своем бесплодии, дают возможность лучше понять психологию материнства, а также бесплодия. Некоторые женщины, подгоняемые своим природным материнством, страстно желают распространить его на ребенка; если же нет возможности иметь своего ребенка, то они принимают усыновленного ребенка как эмоциональную замену'. У других женщин стремление к усыновлению снимает чувство неполноценности, которое причиняется бесплодием; для других усыновление — это желаемое решение всех проблем, поскольку помимо других способов удовлетворения освобождает мать (а в этом случае также и отца) от тревог и нарциссических конфликтов, которые могли бы иметь отношение к дарованиям собственного ребенка. Все эти факторы указывают на комплексный характер вовлеченности эго в процессы материнства. Таких воздействий достаточно для подавления способности женщины к деторождению, что демонстрируется случаями, когда женщина обретает способность к деторождению после усыновления ребенка. Хотя опубликовано всего несколько наблюдавшихся подобных случаев (Ogg — 176), они не являются редкостью. По-видимому, после того, как женщина становится способной принять ребенка и «попрактиковать» свое материнство, ее тревожность снижается в достаточной степени для того, чтобы зачатие стало возможным.

Остается поразмыслить о причинах разной степени восприимчивости репродуктивных органов к эмоциональному влиянию. Так как количество конфликтов, Это чаще всего происходит в ситуации, когда не страдающей бесплодием женщине с сильными материнскими тенденциями приходится мириться с бесплодием своего мужа, но она может стать хорошей матерью для усыновленного ребенка.

мотивируемых окружающей обстановкой, ограничено и реакции на них в высшей степени различны, возникает вопрос, в чем состоят конституциональные факторы, ответственные за интенсификацию психологической стороны конфликта. В качестве обобщающего примера можно привести бисексуальность. Что касается органической стороны, здесь конституциональные факторы могут отвечать за уязвимость эндокринной системы, что приводит к бесплодию.

Полная или частичная недостаточность гонадотропина ведет к нарушению функции гонад. *Гипогонадизм* может возникать у обоих полов; степень его воздействия на личность у обоих полов зависит от причины его возникновения и от возраста, в котором расстройство стало оказывать свое влияние. У мужчин недостаток гонадотропина

вызывает *евнухоидизм*. *Крипторхизм* (неопущение яичек в мошонку) также является результатом нехватки гонадотропина и может также вести к евнухоидизму различной степени. Кастрация вследствие несчастного случая, хирургической операции или заболевания, такого, как эпидемический паротит или туберкулез, также приводит к гипогонадизму. Мужской евнухоидизм является более заметным, по-видимому, чаще возникает и лучше изучен, нежели случаи женщин-«евнухов». Женский евнухоидизм может иметь место вследствие врожденной атрезии яичников (Wilkins и Fleischmann — 250); по своим соматическим и эмоциональным характеристикам такие женщины отличаются от рано кастрированных девочек. Опустим здесь влияние гипогонадизма на обмен веществ и на строение тела и ограничимся его воздействием на эмоциональное развитие.

Независимо оттого, обнаруживает ли отсутствие гонадальной стимуляции свое психологическое влияние в раннем детстве, или же является результатом нарушений обмена вследствие выпадения какого-то эндокринного звена, влияние гипогонадизма на личность маленького мальчика легко распознается. Оно проявляется в поддержании нейтральной, асексуальной формы, в большей степени, чем «женственности», производящей сильное впечатление отклонения от нормальной мальчишеской внешности. Мальчики с определенной гонадальной недостаточностью не проявляют признаков «эмоциональной бисексуальности». Они скорее асексуальны. У девочки, родившейся без яичников, асексуальность не столь заметна. Возможно, наши ожидания влияют на наши суждения, так как пассивность маленького мальчика воспринимается как нечто патологическое, тогда как пассивность девочки выглядит совершенно адекватно. По-видимому, у девочек нормальная идентификация с матерью определяет адекватное девичье поведение. Интеллектуальная одаренность и способность к общему личностному развитию определяют уровень достижений, которых такой ребенок — будь то мальчик или девочка — могут достичь в допубертатный период. Внешне в этот период ребенок развивается «нормально» то есть так, как и положено развиваться ребенку под влиянием определенной среды, в которой он растет. Подростковый возраст — это период, когда гипогонадизм становится болезненно очевидным для личности подростка и заставляет его чувствовать себя отчуждающимся от окружающих. Адаптивная задача для девочки, по-видимому, проще, чем для мальчиков с евнухоидизмом. Причина этого, вероятно, в том, что не

развитое тело девочки и ее повышенная застенчивость не оставляют на ней заметного отпечатка неженственности. Когда ее эмоциональная жизнь начинает подавляться (в смысле ограничиваться), она может общаться со сверстниками, никак не проявляя свой дефект. Она не становится объектом враждебного внимания, как евнухид мужского пола. Так, развитие личности евнухида-мужчины после пубертата зависит от умения приспособиться к собственной неадекватности. Это труднопреодолимая задача, которая становится еще сложнее из-за недоброжелательного отношения окружающих, даже в собственной семье, так как семья не может реагировать на подобную аномалию с таким же сочувствием, с каким бы они отнеслись к какому-либо другому врожденному недостатку. Евнухид воспринимает негативную реакцию в свой адрес с чувством

стыда, связанным с его сексуальной несостоятельностью, что затрудняет его социальную адаптацию, делая ее невыносимой. Имеется лишь несколько подробных исследований личностного развития евнухоидов в нашем обществе. Недавно проснувшийся интерес к их реакции на воздействие гормональной терапии связан большей частью с соматическими изменениями их половых признаков и сексуальных функций. Кармайкл (Carmichael — 45) описывает случай психоанализа одного евнухоида. Психоанализ был начат в тот момент, когда с помощью пропионата тестостерона у пациента появились половые признаки, возникающие обычно в подростковом возрасте. Гормональное лечение продолжалось на протяжении всего психоанализа. Этот пациент имел характерные эгозащиты сильно подавленной, компульсивно-невротической личности. При том, что строгость

его суперэго во многом объяснялась особенностями раннего развития, симптоматика развилась гораздо позже, чем в подростковом возрасте, так как в пубертате у пациента активизировалось сильное возмущение, связанное с его «кастрацией» и чувством стыда из-за имеющегося дефекта. Однако пациент, ведя упорядоченное существование банковского служащего, по-видимому, никак не проявлял свои эмоции. Они были «заморожены» и не слишком беспокоили его, пока гормональная терапия их не всколыхнула. Тогда ему потребовалась психоаналитическая терапия для разрешения конфликтов, препятствующих его сексуальной адаптации.

Дэниеле и Таубер (Daniels и Tauber — 233) исследовали эмоциональную адаптацию к заместительной терапии после хирургической кастрации. В этих наблюдениях был выявлен другой аспект психического влияния на действие гормонов. Кастрация и потеря сексуальной потенции представляют собой травму, которая выдвигает на первый план регрессивные тенденции этих индивидов; регрессия в свою очередь препятствует готовности продолжать терапию. Степень эффективности заместительной терапии определяется психологическими факторами, такими, как способность и готовность пациента к переживанию сексуальной стимуляции, к борьбе за потенцию и т.д.

Хорошо изучено влияние гипогонадизма на интеграцию сексуального влечения и его проявления в сфере сексуальных желаний. Остается вопрос, может ли тяжелая психотравма в раннем детстве настолько препятствовать нормальной интеграции эндокринных функций, чтобы это привело к развитию гипогонадизма.

Хелен МакЛин (Helen McLean) дала анализ пациентки, чей случай является особенно ярким'.

22-летняя женщина страдала от гипогонадизма. В детском возрасте у нее был низкий рост по сравнению с другими детьми; ее рост стал прибавляться начиная с 13 лет, еще быстрее она стала расти в возрасте 16 лет. Ее мать и отец были нормального роста. У ее матери было 8 детей. В ее семье не было замечено случаев эндокринопатии. К моменту начала прохождения пациенткой курса психоанализа ее рост составлял 70 дюймов. До этого она больше года проходила гормональную терапию; однако рост эпифиза трубчатых костей еще не завершился, и она выросла еще на три четверти дюйма в первый год прохождения психоанализа. Ей были свойственны интеллигентность,

чувствительность и самопожертвование. Она страдала от того, что «чувствовала» себя девушкой, но физически ею не являлась; у нее не было груди, никогда не было менструации; влагалищный мазок показал отсутствие овариальной активности. Она обладала целеустремленной, независимой личностью с высокой самоотдачей и амбициями «кормильца семьи». У нее было травматичное детство. Ее отец и старший брат умерли, когда она была младенцем, во время эпидемии гриппа в 1918 году. Она жила со своей бабушкой до пяти лет. Потом ее мать снова вышла замуж и пациентка жила с матерью и отчимом. Ее мать родила шестерых детей в течение приблизительно шести лет. Будучи все время беременной и уставшей,

Случай не был опубликован. Я выражаю свою благодарность доктору МакЛин за разрешение опубликовать этот материал.

она требовала от пациентки, чтобы та нянчилась с ней и с детьми. Пациентка была готова помогать семье, но, когда для этого потребовалось отказаться от посещения школы, она в возрасте 10 лет решила уйти из дома. Она работала няней у соседей и продолжала ходить в школу. Однако она продолжала чувствовать ответственность и помогать матери и вернулась домой после того, как закончила школу. Именно тогда она впервые обратила внимание на свой необычный рост. Позднее она ушла из семьи, потому что «это был плохой дом», а потом вернулась снова в возрасте 16 лет, когда ее мать родила последнего ребенка. Это был последний раз, когда она пыталась жить там. После этого она не жила дома, но чувствовала ответственность за детей и всячески им помогала. Злость за постоянные лишения была полностью вытеснена ею. В ходе психоанализа она получала удовольствие от того, что на нее обращала внимание симпатичная женщина-врач, и от снисходительного отношения к своим желаниям, чего с ней никогда раньше не было. Она в какой-то степени сбросила с себя груз забот, у нее прекратился рост и развились слабые нерегулярные менструации. Возможно, это было результатом гормональной терапии, но не исключено, что психоанализ позволил ей стать «более женственной».

С помощью ретроспективного анализа сложно выявить факторы, задержавшие гормональное развитие пациентки. Необходимо учитывать ее сильную эготен-денцию, подавляющую пассивно-рецептивную тенденцию. Произошла ли гормональная задержка в результате идентификации с отцом и братом, умершими, когда ей был один год? Или она была реакцией на отделение

от матери, которое могло переживаться ею как отказ? Вне всякого сомнения, пациентка пыталась стать помощницей и защитницей матери, как если бы она была на месте своего отца. Многие факторы в период позднего детства усилили ее «маскулинную» идентификацию; не исключено, что «эдиповы стремления» по отношению к отчиму потребовали усилий, направленных на вытеснение, а необходимость идентификации с матерью не получила подкрепления из-за поведения самой матери, которая была ослабшей от многих беременностей, требовательной и бесчувственной. Тяжелый труд и недоедание сыграли значительную роль, но эмоциональная борьба против феминности заслуживает особого внимания также при рассмотрении задержки функции гипофиза.

Автор проводил психоанализ незамужней женщины неполных сорока лет, клиническим диагнозом которой в течение многих лет

являлся синдром Кушинга. Она обладала повышенной чувствительностью, интуицией и высоким интеллектом. В ходе психоанализа она вспомнила травму, имевшую для нее негативный эмоциональный заряд, которая произошла, когда ей было два года. Тот факт, что она в своей памяти точно восстановила произошедшее, был подтвержден семейными фотографиями и другими свидетельствами. Пациентка, не получив интерпретации психоаналитика, сама обнаружила, что эта травма, случившаяся сразу после рождения ее брата, из-за которой она чувствовала себя пристыженной и виноватой и в то же время невероятно злой и беспомощной по отношению к своему отцу, привела к продолжительному страху сексуальности и избеганию мужчин". Такого рода необычные психоаналитические реконструкции могут отвечать научным требованиям только в том случае, если они могут быть подтверждены непосредственными наблюдениями за развитием ребенка, получившего травму.

Взаимодействие между органическими (т.е. гона-дальными) факторами и психосексуальной организацией личности представляет собой неустойчивое равновесие. Поскольку психологической стороной этого равновесия является сексуальное созревание, реципрокное взаимодействие между гонадальными функциями и эмоциями может изучаться в лонгитюдном исследовании — то есть путем изучения истории развития индивида и его симптомов. Так как равновесие колеблется под влиянием внутренних и внешних условий, исследование может также производиться методом поперечных срезов, то есть с помощью изучения избранных ситуаций.

Психосоматический подход к проблемам сексуальных дисфункций позволяет построить ось, на одном конце которой мы можем поместить дисфункции органического генеза, а на другом — состояния, развившиеся под влиянием психологических факторов. Так как каждое состояние определяется взаимодействием органических и психических факторов, ни один из факторов не может рассматриваться в отрыве от другого; они представляют собой взаимно зависимые переменные, подкрепляющие сексуальные установки и функции в диапазоне от нормального до ненормального поведения.

Пациентка умерла от синдрома Кушинга через десять месяцев после прекращения психоанализа, принесшего ей сильное облегчение.

ГЛАВА 16

ПСИХОТЕРАПИЯ

В этой книге речь идет о фундаментальных принципах психосоматического подхода при исследовании, диагностике и терапии; и до сих пор не производилось попыток описания всех специфических терапевтических средств, требуемых в различных случаях. Принципы психосоматического подхода в психотерапии будут обсуждены в этой главе и подкреплены примерами.

Психосоматический подход — это нечто большее, чем так называемый врачебный такт или врачебное искусство; что-то большее, чем магнетическое воздействие личности врача на пациента, наполняющее его надеждой и уверенностью. Он основан на специфическом знании эмоциональных факторов, действующих в каждом случае, и тех физиологических механизмов, с помощью которых эмоциональные факторы оказывают влияние на ход болезни. Только на основе этого знания возможна эффективная психотерапия в сочетании

с применением соматических средств. Общие познания в области патологии — как психологической, так и соматической — это первое и основное требование для психотерапевта.

Одной из наиболее часто совершаемых ошибок в этой области является вера в то, что если выявлена эмоциональная этиология клинического случая, то медицинское лечение становится излишним и пациента можно передавать психиатру. Эта ошибка является оборотной стороной прежних неверных представлений, заключавшихся в том, что если у пациента имеются соматические симптомы, то этот случай непременно относится к

компетенции врача или специалиста, не имеющего отношения к психиатрии. Прогресс современной медицины, в частности, заключается в том, что было начато сотрудничество психиатров и непсихиатров в области диагностики и лечения. Независимо от того, имеет ли этиология эмоциональную природу, но, если у пациента язва двенадцатиперстной кишки, психотерапия должна найти средства для излечения этого локального поражения. Такому пациенту необходимы общий медицинский уход, соответствующий режим питания, лекарственная терапия или даже хирургическая операция (например, применение седативных средств или препаратов, аналогичных атропину, или же хирургическая операция, такая, как ваготомия, с помощью которой блокируется или разрывается связь между центральной нервной системой и больными органами). Психотерапия, занимающаяся специфическими эмоциональными факторами, имеющими этиологическое значение, является долгосрочным проектом, который должен быть согласован с остальными видами медицинской помощи. Кроме того, для психотерапии должно быть удачно выбрано время.

Первым шагом является постановка психосоматического диагноза. Особенно, если это медицинский диагноз, который включает полную психиатрическую оценку личностных факторов. В свете этого врач может просмотреть историю болезни в рамках анамнеза больного. Психиатрические интервью сами по себе не отличаются от предварительных интервью, которые проводятся в начале психоаналитического лечения. Техника таких интервью подробно разрабатывалась психоаналитиками, ее описывали Феликс Дойч (Felix Deutsch), Данбар,

Фенишел и другие (61, 75, 83). Особое внимание уделялось хронологической последовательности развития симптомов, а также внешней жизненной ситуации и эмоциональному состоянию пациента. Опыт показывает, что органические симптомы, при которых особенно важны эмоциональные факторы, имеют историю, похожую на историю любого психоневротического симптома. Эмоциональные конфликты, которые пациент не может разрешить, часто обладают негативным влиянием на вегетативные функции. Именно таким образом соматические симптомы обычно первый раз себя обнаруживают. Первые симптомы могут появляться в младенчестве, во время латентного периода или в подростковом возрасте. Редко бывает так, что симптом первый раз проявляется только в зрелом возрасте. Внимательный анамнестический анализ этих предварительных, часто кратковременных симптомов раннего возраста показывает, что они развиваются во время эмоционального стресса и проходят при снятии

эмоционального напряжения, возвращаясь лишь при возникновении новых конфликтных ситуаций. Анализ эмоционального состояния во время этих вспышек помогает установить типичный паттерн пациента. Например, в историях болезни пациентов с пептической язвой часто обнаруживается, что первые желудочные симптомы возникали в детстве, когда пациент первый раз был вынужден преодолевать свои зависимые желания. Нарушения питания в период отнятия от груди могут быть самым первым предварительным симптомом; неврогенная рвота в первые дни посещения школы или когда учителя, к которому ребенок наконец привык, сменяет другой, менее симпатичный учитель. Напряженная подготовка

к экзаменам с подростковым возрастом может стать следующим поводом для возникновения нервных желудочных симптомов, а во взрослой жизни таким поводом может явиться назначение на первую ответственную должность. Продолжительное воздействие опасных и напряженных ситуаций во время войны было одним из наиболее распространенных провоцирующих факторов подобной симптоматики. Очень редко бывает так, что с помощью внимательного анамнестического анализа не удастся установить какие-либо предварительные симптомы, не обязательно симптомы язвы, но, возможно, какие-нибудь другие проявления нарушений функционирования желудочно-кишечного тракта.

При некоторых органических симптомах, однако, не так просто найти подобные физиологические предвестники заболевания. Гипертоническая болезнь обычно обнаруживается во взрослом возрасте. На основе психосоматических исследований можно, однако, предположить, что чувствительность сердечно-сосудистой системы к эмоциональным раздражителям может иметь место задолго до начала развития болезни. Длительный период колебаний кровяного давления, в течение которого систолическое давление время от времени повышается, неоднократно наблюдался у молодых пациентов в ходе психоаналитического лечения. Гипертоники часто сообщают о том, что их поведение в какой-то момент претерпело кардинальное изменение от проявления частых вспышек раздражительности до склонности чрезмерно контролировать свои агрессивные импульсы. Вполне вероятно, что предварительный период колебания кровяного давления начинается после произошедшего подобного изменения личности. Под хроническим

воздействием такой постоянной эмоциональной стимуляции сердечно-сосудистой системы регуляторные механизмы постепенно теряют свою гибкость и кровяное давление начинает оставаться на высоком уровне. Окончательная стабилизация высокого уровня давления может произойти только после воздействия определенных органических изменений.

Для того, чтобы получить достоверную картину заболевания, важно, чтобы врач был знаком со всеми этими фактами. В ходе анамнестического анализа в силу некоторых его особенностей точные данные о прошлой жизни больного редко могут быть получены со всей точностью и достоверностью. Врачу приходится интерпретировать воспоминания пациента в рамках его эмоционального развития, которое обычно может быть воссоздано с большей точностью, чем история отдельных симптомов и жалоб. Такая реконструкция требует,

однако, основательного знания психодинамики, подобно тому как соматический диагноз требует точного знания анатомии, физиологии и патологии.

После того, как в тесной взаимосвязи друг с другом¹ поставлены соматический и личностный диагнозы, должен быть сформулирован план лечения. Самоочевидно, что во всех случаях, когда локальные симптомы требуют немедленного лечения, таких, как опасно высокое кровяное давление, язвенное кровотечение, токсические симптомы при заболеваниях щитовидной железы или неконтролируемая гипергликемия в случае диабета, первой необходимостью является снятие этих наличествующих симптомов. Неотложным мероприятиям отдается предпочтение перед долгосрочной психотерапией основных этиологических факторов.

Невозможно установить жесткие правила относительно того, когда должна начинаться психотерапия. Во многих случаях медицинское лечение локальных симптомов и психотерапия могут проводиться одновременно. В других случаях психотерапия должна быть отложена до тех пор, пока с помощью медицинских методов не будут вылечены физиологические расстройства пациента. Важно ясно себе представлять, что глубинные психотерапевтические средства, направленные на штурм фундаментальных эмоциональных факторов, могут приводить к временному усилению эмоционального напряжения и, таким образом, способствовать обострению соматических симптомов. При всех формах аналитической психотерапии врач пытается заново подвергнуть эго пациента воздействию изначальной конфликтной ситуации. Опытный психотерапевт будет делать это постепенно, постоянно проверяя способность эго иметь дело с конфликтом; пока что даже в рамках удачно проходящей психотерапии временно возникающие эмоции

ональные конфликты неизбежно усугубляют соматические симптомы. Поэтому обязательным является тесное сотрудничество психотерапевта с врачом-специалистом. Психотерапия, проводящаяся в подобных случаях без сотрудничества с врачом-специалистом, должна рассматриваться как дикая терапия¹. С другой стороны, психотерапевт постоянно должен учитывать, что во всех случаях, когда эмоциональные факторы связаны с причинным воздействием, средства воздействия

Именно поэтому психотерапевтическая практика непрофессионалов связана с серьезными ограничениями, и непрофессиональный психотерапевт, ведущий частную практику, скоро, с наступлением эры психосоматической медицины, отойдет в прошлое.

Влияющие на локальные проявления заболевания, могут достичь лишь симптоматического облегчения. Ему необходимо поэтому все время сотрудничать с психиатром для выявления соматического состояния, при котором проведение психотерапии будет безопасным. Мною проводилось лечение случая язвенного колита, который требовал подобного сотрудничества для постоянной корректировки медикаментозного лечения в соответствии с эмоциональными подъемами и спусками пациента в ходе психотерапии. Вместо того, чтобы прерывать ход психотерапии при наличии тревожных сигналов, таких, как повышенная частота стула, достаточно было использовать седативные препараты и повысить дозу атропина, и это надежно

защищало пациента от болезненного влияния повышенного эмоционального напряжения, неминуемо возникающего в процессе психоанализа.

В случаях язвенного колита слабость эго подчеркивалась рядом авторов (Lindemann; Daniels — 141, 56, 57, 58). В ходе терапии ряда подобных случаев в Чикагском институте психоанализа это наблюдение подтвердилось. Многие из пациентов имели тенденцию к параноидной проекции; у некоторых из них наблюдались пограничные психозы. Поэтому чрезвычайно важно, чтобы психотерапевт проверял, насколько далеко он может зайти в своем раскрытии подавленных импульсов пациента. Во многих случаях для снятия симптомов достаточно поверхностной поддерживающей терапии, тогда как глубинная терапия может привести к усугублению болезни или спровоцировать психотический эпизод. Осуществляя поддерживающую терапию, врач должен осознавать основную конфликтную ситуацию, для того чтобы выбрать верный подход. Во многих случаях, помогая

пациенту снизить влияние конфликта на его регрессивные тенденции и позволяя ему снять с себя ответственность без ощущения чувства вины, можно стабилизировать функционирование кишечника. Это, конечно, не означает, что таким образом можно разрешить и личностные проблемы. Органическое заболевание, однако, может регулироваться подобными, сравнительно простыми психотерапевтическими средствами.

В настоящее время нам известен психодинамический фон только нескольких вегетативных расстройств. На карте этиологического знания неисследованных территорий значительно больше, чем уже изученных, и необходимы дальнейшие психосоматические исследования для того, чтобы заполнить эти пробелы.

Уже подчеркивалось, что при тяжелых органических расстройствах часто бывает необходимо сперва сосредоточиться на лечении актуальных симптомов и ограничиться поддерживающей терапией. Не имеет значения, насколько важны подобные психотерапевтические средства с практической точки зрения, нужно учитывать, что основные личностные проблемы могут быть разрешены только посредством постоянной психоаналитической терапии, направленной на разрешение базисных конфликтов. Врачу должно быть известно, что эта цель не всегда может быть реализована. Органические симптомы вне зависимости от их происхождения часто истощают чуждые для эго бессознательные тенденции; они используются вторично для выражения этих тенденций¹. Органические симптомы могут спасти пациента от развития более серьезных симптомов на психическом уровне. Данная точка зрения подчеркивалась К. Меннингером («The Choice of the Lesser Evil», in *Man Against Himself*. New York, Harcourt, Brace and Company, 1938).

психическом уровне. Поэтому лечение органических симптомов часто создает для эго новую проблему: найти новый выход для тенденций, освобождавшихся прежде посредством органических симптомов. Нередко наблюдается при язвенном колите, а с меньшей частотой при пептической язве, что вслед за лечением органического состояния возникает тяжелое обострение психологических симптомов. Пациент, который с помощью диареи выражает свое стремление компенсировать или свои враждебные деструктивные тенденции,

лишается такой возможности с исчезновением симптомов. Этого пациента, если оно еще не способно справляться с этими тенденциями, прибегает за помощью к проекции в форме параноидных галлюцинаций. Таким же образом, когда излечиваются желудочные симптомы при пептической язве, перед этими пациентами встают их зависимые тенденции в своем первоначальном виде — желание получать помощь и любовь от человека, от которого они зависят. Иногда этого неспособно принять эти зависимые желания и защищается от них посредством проекции согласно формуле Фрейда «Я не люблю его, я ненавижу его — он ненавидит меня». Таким образом возникает затруднительная ситуация, когда пациент, освобожденный от своих желудочных симптомов, начинает демонстрировать параноидную тенденцию, затрудняющую его общение с людьми.

Необходимо учитывать, что каждый органический симптом имеет эмоциональную значимость для пациента, которую это пациента использует для снятия эмоциональных конфликтов. Для невротического пациента простой факт наличия у него органического заболевания часто имеет важное эмоциональное значение, поскольку дает возможность регрессии к более инфантильной зависимой установке. Излечение его от недуга создает новую проблему. Оно повышает в нем ответственность, лишает его регрессию оправданий. Ему приходится тогда искать какое-нибудь замещение для эмоционального пробела, возникающего вследствие исчезновения органического симптома. Сознательное желание пациента освободиться от органических симптомов не стоит принимать за чистую монету. Сознательно он хочет вылечиться, но для удовлетворения его невротических потребностей зачастую лучше подходит состояние болезни. Опытный психотерапевт поэтому сознает эмоциональные проблемы, возникающие после исчезновения органических симптомов.

Этот двойной аспект заболевания — страдание и удовлетворение потребности в зависимости — имеет особое значение в нашу эру бюрократизации медицины. Пациент может быть излечен с точки зрения терапевта и оставаться больным с точки зрения психиатра. Врач, которого занимает органическая сторона проблемы, чувствует себя удовлетворенным, отпуская пациента вылеченным, и рассматривает вновь появившиеся невротические симптомы как отдельное и независимое заболевание, не входящее в Область его компетенции. Психосоматический подход привлекает внимание к тому факту, что проблемы пациента не могут быть разделены на соматические и психические; они должны разрешаться в совокупности. И все же как для соматического, так и для психотерапевтического подхода требуются хорошо подготовленные специалисты, не владеющие обоими методами в равной степени. Единственным решением этой дилеммы является терапевтическая рабо

та в команде, тесное сотрудничество между психиатрами и врачами-специалистами.

Невозможно делать какие-либо обобщения, касающиеся деталей психотерапевтической процедуры. Знание основных эмоциональных конфликтов, являющихся более или менее специфичными при различных формах вегетативных расстройств, дает возможность психотерапевту быстрее осуществлять процесс лечения.

Часто бывает возможно, к примеру, избавить пациента от

приступов астмы, давая ему возможность в ходе нескольких бесед «исповедоваться» в своих подавленных чуждых эго тенденциях.

Пациента с пептической язвой иногда удается освободить от острых симптомов в течение нескольких бесед, если удастся найти легитимный выход для его пассивных зависимых желаний. Врач может авторитарно предписать пациенту взять отпуск, давая ему таким образом приемлемое оправдание для того, чтобы отдохнуть. Более тонким способом дать выход зависимым желаниям пациента является ситуация переноса. Она может быть достигнута посредством анализа чувства вины и чувства собственного достоинства, которые являются эмоциональными факторами, ответственными за подавление пассивных зависимых желаний или агрессивных требовательных установок.

Самочувствие гипертоника часто улучшается, когда в ходе бесед, касаясь моментов, связанных с его профессиональным самоутверждением или с его семьей, он чувствует, что ему позволено выразить свои сдерживаемые агрессивные импульсы. Анализ чувства вины и зависимых потребностей в этих случаях дает возможность пациенту свободно выразить свои тенденции к

самоутверждению и найти подходящий выход для эмоционального напряжения.

При лечении артрита знание врачом специфических эмоциональных факторов может быть полезным для ускорения наступления ремиссии. Он знает, что если у пациента есть возможность выразить свое негодование в сочетании с принесением пользы окружающим, то он может избавиться от симптомов. Окружающие условия часто могут быть изменены и приспособлены для того, чтобы направить враждебные импульсы в правильное русло. Получающееся в результате расслабление мышечного напряжения может оказать положительное влияние на симптоматику артрита.

Более эффективная координация соматических и психотерапевтических средств является одной из основных задач, стоящих перед современной медицинской наукой. Для решения этой задачи потребуется более точное знание взаимосвязи конституциональных, эмоциональных и физиологических факторов в причинности заболевания.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. ABRAHAM, K.: «Ejaculatio Praecox,» Chapter 13 in *Selected Papers*. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1927.
2. —————: «Hysterical Dream States,» Chapter 4 in *Selected Papers*. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1927.
3. —————: «Manic-depressive States and the Preenatal Levels of the Libido,» Chapter 26 in *Selected Papers*. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1927.
4. —————: «The Spending of Money in Anxiety States,» Chapter 14, in *Selected Papers*. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1927.
5. ABRAMSON, D. I.: *Vascular Responses in the Extremities of Man in Health and Disease*. Chicago, University of Chicago Press, 1944.
6. ACKERMAN, N. W., and CHIDESTER, L.: « 'Accidental'

- Self-Injury in Children», *Arch. Pediat.* 53:711, 1936.
7. ALEXANDER, F.: «Emotional Factors in Essential Hypertension», *Psychosom. Med.* 1:173, 1939.
 8. —————: *Fundamentals of Psychoanalysis*. New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1948.
 9. —————: «The Influence of Psychologic Factors upon Gastrointestinal Disturbances: A Symposium. I. General Principles, Objectives and Preliminary Results», *Psychoanalyt. Quart.* 3:501, 1934.
 10. —————: *The Medical Value of Psychoanalysis*. New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1936.
 11. —————: «Psychoanalytic Study of a Case of Essential Hypertension», *Psychosom. Med.* 1:139, 1939.
 12. —————: «Training Principles in Psychosomatic Medicine», *Am. J. Orthopsychiat.* 16:410, 1946.
 13. —————: «Treatment of a Case of Peptic Ulcer and Personality Disorder», *Psychosom. Med.* 9:320, 1947.
 14. ALEXANDER, P., et al.: «The Influence of Psychology Factors Upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium». *Psychoanalyt. Quart.* 3:501, 1934.
 15. ALEXANDER, F., and MENNINGER, W. C.: Relation of Persecutory Delusions to the Functioning of the Gastro-intestinal Tract», *J. Nerv. & Ment. Dis.* 84:541, 1936.
 16. ALEXANDER, F., and PORTIS, S. A.: «A Psychosomatic Study of Hypoglycaemic Fatigue», *Psychosom. Med.* 6:191, 1944.
 17. ALKAN, L.: *Anatomische Organkrankheiten als seelischer Ursache*. Stuttgart und Leipzig, Hippokrates-Verlag, 1930.
 18. ALVAREZ, W. C.: *Nervous Indigestion*. New York, P. B. Hoeber, Inc., 1930.
 19. —————: «Ways in Which Emotion Can Affect the Digestive Tract», *J.A.M.A.*, 92:1231, 1929.
 20. BACON, C.: «The Influence of Psychologic Factors upon Gastrointestinal Disturbances: A Symposium. II. Typical Personality Trends and Conflicts in Cases of Gastric Disturbance», *Psychoanalyt. Quart.* 3:540, 1934.
 21. BALZAC, H. de: *Cousin Pons*. New York, The Century Co. 1906.
 22. BARATH, E.: «Arterial Hypertension and Physical Work», *Arch. Int. Med.* 42:297, 1928. „.
 23. BARTEMEIER, L. H.: «A Psychoanalytic Study of a Case of Chronic Exudative Dermatitis», *Psychoanalyt. Quart.* 7:216, 1938.
 24. BEACH, F. A.: *Hormones and Behavior*. New York and London, Paul B. Hoeber, Inc., 1948.
 25. BENEDEK, T.: «Climacterium: a Developmental Phase.» (To be published in the *Psychoanalytic Quarterly*.)
 26. —————: «The Psychosomatic Implications of the Primary Unit: Mother-Child», *Am. J. Orthopsychiat.* 19:642, 1949.
 27. —————: «Die ueberwertige Idee und ihre Beziehung zur Suchtkrankheit», *Internal. Ztschr.f. Psychoanal.* 22:59, 1936.
 28. BENEDEK, T., and RUBENSTEIN, B. B.: *The Sexual Cycle in Women*. *Psychosom. Med. Monographs*, Volume III, Nos. I and II. Washington, D.C., National Research Council, 1942.
 29. BENJAMIN, J. D., COLEMAN, J. V., and HORNBEIN, R.: «A Study

of Personality in Pulmonary Tuberculosis», *Am. J. Orthopsychiat.* 18:704, 1948.

30. BERGMANN, G. VON: «Ulcus duodeni und vegetatives Nervensystem», *Berliner Klinische Wchnschr.* 50:2374, 1913.

31. —————: «Zum Abbau der 'Organneurosen' als Folge Interner Diagnostik», *Deutsche Med. Wchnschr.*, Leipzig, Vol. 53, No. 49, p. 2057, 1927.

32. BINCER, C. A. L., ACKERMAN, N. W., COHN, A. E., SCHROEDER, H. A., and STEELE, J. H.: *Personality in Arterial Hypertension*. New York, American Society for Research in Psychosomatic Problems, 1945.

33. BOND, E.: «Psychiatric Contributions to the Study of the Gastrointestinal System», *Am. J. Digest. Dis.* 5:482, 1938.

34. BOOTH, G. C.: «The Psychological Approach in Therapy of Chronic Arthritis», *Rheumatism* Vol. 1, No. 3, p. 48, 1939.

35. BRADLEY, S. E.: «Physiology of Essential Hypertension», *Am. J. Med.* 4:398, 1948.

36. BRENNER, C., FRIEDMAN, A. P., and CARTER, S.: «Psychologic Factors in the Etiology and Treatment of Chronic Headache», *Psychosom. Med.* 11:53, 1949.

37. BROH-KAHN, R. H., PODORE, C. J., and MIRSKY, I. A.: «Uropepsin Excretion by Man. II. Uropepsin Excretion by Healthy Men», *J. din. Investigation* 27:825, 1948.

38. BRAM, I.: «Psychic Trauma in Pathogenesis of Exophthalmic Goiter», *Endocrinology* 11:106, 1927.

39. BROWN, W. L.: «Biology of the Endocrine System», *New York Med. J.* 115:373, 1922.

40. BROWN, W. T., and GILDEA, E. A.: «Hyperthyroidism and Personality», *Am. J. Psychiat.* 94:59, 1937.

41. BROWN, W. T., PREU, P. W., and SULLIVAN, A. J.: «Ulcerative Colitis and the Personality», *Am. J. Psychiat.* 95:407, 1938.

42. BRUCH, H., and HEWELETT, E.: «Psychologic Aspects of the Medical Management of Diabetes in Children», *Psychosom. Med.* 9:205, 1947.

43. CANNON, W. B.: *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. Second Edition. New York, D. Appleton & Co., 1920.

44. CARLSON, H. B., McCULLOCH, W., and ALEXANDER, F.: «Effects of Zest on Blood Sugar Regulation». Read by title at the A. Research Nerv. & Ment. Dis., New York, December 9, 1949.

'n<;

45. CARMICHAEL, H. T.: «A Psychoanalytic Study of a Case of Eunuchoidism», *Psychoanalyf. Quart.* 10:243, 1941.

46. CHAD WICK, M.: *The Psychological Effects of Menstruation*. Nerv. & Ment. Dis. Monograph Series No. 56. New York and Washington, Nerv. & Ment. Dis. Publ. Co., 1932.

47. CLARK, D., HOUGH, H., and WOLFF, H. G.: «Experimental Studies on Headache. Observations on Histamine Headache», *A. Research Nerv. if Ment. Dis. Proc.* 15:417, 1935.

48. COLWELL, A. R.: «Observed Course of Diabetes Mellitus and Inferences Concerning its Origin and Progress», *Arch. Int. Med.* 70:523, 1942.

49. **CONRAD**, A.: «The Psychiatric Study of Hyperthyroid Patients», *J. Nerv. & Ment. Dis.* 79:505, 1934.
50. CORIAT, I.: «Sex and Hunger», *Psychoanalyt. Rev.* 8:375, 1921.
51. CORMIA, F., and SLIGHT, D.: «Psychogenic Factors in Dermatoses», *Canad. M. A. J.* 33:527, 1935.
52. CRILE, G.: «The Mechanism of Exophthalmic Goitre», Third Int. Goitre Conf. and Am. A. for the Study of Goitre. Proc. 1938, p.1.
53. CSERNA, I.: «Adatok az Icterus Neonatorum Tanahoz», *Orvosi hetil.* 67:42.
54. DALE, H. H., and FELDBERG, W.: «Chemical Transmitter of Vagus Effects to Stomach», *i. Physiol.* 81:320, 1934.
55. DANIELS, G. E.: «Analysis of a Case of Neurosis with Diabetes Mellitus», *Psychoanalyt. Quart.* 5:513, 1936.
56. —————: «Psychiatric Aspects of Ulcerative Colitis», *New England J. Med.* 226:178, 1942.
57. —————: «Psychiatric Factors in Ulcerative Colitis», *Gastroenterology*, 10:"59, 1948.
58. —————: «Treatment of a Case of Ulcerative Colitis Associated with Hysterical Depression», *Psychosom. Med.* 2:276, 1940.
59. DARWIN, C. R.: *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. London, J. Murray, 1872.
60. DE ROBERTIS, E.: «Assay of Thyrotropic Hormone in Human Blood» *J. Clin. Endocrinol.* 8:956, 1948.
61. DEUTSCH, F.: «Associative Anamnesis», *Psychoanalyt. Quart.* 8:354. 1939.
62. DEUTSCH, F., and NADELL, R.: «Psychosomatic Aspects of Dermatology with Special Consideration of Allergic Phenomena», *Nerv. Child*, 5:339, 1946.
63. DEUTSCH, H.: *The Psychology of Women*, Vols. I and II. New York, Grune & Stratton, 1944, 1945.
64. DRAGSTEDT, L. R.: «Section of the Vagus Nerves to the Stomach in the Treatment of Peptic Ulcer», *Siirg., Gynec. & Obst.* 83:547, 1946.
65. —————: «Some Physiological Principles in Surgery of the Stomach», *Canad. M. A. J.* 56:133, 1947.
66. DRAGSTEDT, L. R., and OWENS, F. M., Jr.: «Supra-diaphragmatic Section of Vagus Nerves in Treatment of Duodenal Ulcer», *Proc. Soc. Exper. Biol. fr Med.* 53:152, 1943.
67. DRAPER, G.: «The Common Denominator of Disease», *Am. J. M. Sc.* 190:545, 1935.
68. —————: «The Emotional Component of the Ulcer Susceptible Constitution», *Ann. Int. Med.* 16:633, 1942.
69. —————: *Human Constitution; a Consideration of its Relationship to Disease*. Philadelphia & London, W. B. Saunders Company, 1924.
70. DRAPER, G., and TOURAINE, G. A.: «The Man-Environment Unit and Peptic Ulcer», *Arch. Int. Med.* 49:616, 1932,
71. DUNBAR, F.: *Emotions and Bodily Changes*. Third Edition. New York, Columbia University Press, 1947.
72. —————: *Mind and Body: Psychosomatic Medicine*. New York, Random House, 1947.
73. —————: «Physical Mental Relationships in Illness;

- Trends in Modern Medicine and Research as Related to Psychiatry», *Am. J. Psychiat.* 91:541, 1934.
74. —————: «Psychoanalytic Notes Relating to Syndromes of Asthma and Hayfever», *Psychoanalyt. Quart.* 7:25, 1938.
75. —————: *Psychosomatic Diagnosis*. New York, London, Paul B. Hoeber, Inc., 1943.
76. EINSTEIN, A., and INFELD, L.: *The Evolution of Physics*. New York, Simon & Schuster, 1938.
77. EISENBUD, J.: «The Psychology of Headache», *Psychiat. Quart.* 11:592, 1937.
78. ENGEL, G. L., FERRIS, E. B., and ROMANO, J.: «Studies of Syncope», *Cincinnati J. Med.* 26:93, 1945.
79. ENGEL, G. L., and ROMANO, J.: «Studies of Syncope: IV. Biologic Interpretation of Vasodepressor Syncope», *Psycho-som. Med.* 9:288, 1947.
80. ENGEL, G. L., ROMANO, J., and McLm, T. R.: «Va-sodepressor and Carotid Sinus Syncope. Clinical, Electroencephalographic and Electrocardiographic Observations», *Arch. Int. Med.* 74:100, 1944.
81. FAHRENKAMP, K.: *Die psychophysischen Wechselwirkungen bei den Hypertonie-erkrankungen*. Stuttgart, Hippokrates-Verlag, 1926.
82. FARQUHARSON, H., and HYLAND, H. H.: «Anorexia Nervosa», *J.A.M.A.* 111:1085, 1938.
83. FENICHEL, O.: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1945.
84. FERENCZI, S.: «Disease-or Patho-Neuroses», Chapter 5 in *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. London, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1926.
85. FERRIS, E. B., REISER, M. F., STEAD, W. W., and BRUST, A. A., Jr.: «Clinical and Physiological Observations of Interrelated Mechanisms in Arterial Hypertension», *Trans. A. Am. Physicians* 61-97, 1948.
86. FICARRA, B. J., and NELSON, R. A.: «Phobia as a Symptom in Hyperthyroidism», *Am. J. Psychiat.* 103:831, 1947.
87. FISHBERG, A. M.: *Hypertension and Nephritis*. Third edition. Philadelphia, Lea and Febiger, 1934.
88. FRENCH, T. M.: «Physiology of Behavior and Choice of Neurosis», *Psychoanalyt. Quart.* 10:561, 1941.
89. FRENCH, T. M., ALEXANDER, F., et al.: *Psychotic Factors in Bronchial Asthma*, Parts I and II. *Psychosom. Med. Monographs* IV, and II, Nos. I and II. Washington, National Research Council, 1941.
90. FRENCH, T. M., in collaboration with JOHNSON, A. M.: «Brief Psychotherapy in Bronchial Asthma», in *Proceedings of the Second Brief Psychotherapy Council*. Chicago, Institute for Psycho-analysis, 1944.
91. FRENCH, T. M., and SHAPIRO, L. B.: «The Use of Dream Analysis in Psychosomatic Research». *Psychosom. Med.* 11:110, 1949.
92. FREUD, S.: «The Justification for Detaching from Neurasthenia a Particular Syndrome: the Anxiety-Neurosis», Chapter 5 in *Collected Papers*, Vol. I. Second Edition. London, Hogarth-Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1940.
93. —————: «Mourning and Melancholia», Chapter 8 in *Collected Papers*, Vol. IV. Third Edition. London, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1946.

94. —————: *Three Contributions to the Theory of Sex*. Nei-v. 6 Ment. Dis. Monograph Series No. 7. New York and Washington, Nerv. & Ment. Dis. Publ. Co., 1930.
95. —————: *Wit and Its Relation to the Unconscious*. New York, Moffat, Yard, 1916.
96. FROMM-REICHMANN, F.: «Contribution to the Psycho-genesis of Migraine», *Psychoanalyt. Rev.* 24:26, 1937.
97. GASKELL, W. H.: *Origin of Vertebrates*. New York, Longmans, Green & Co., 1908.
98. —————: «Phylogenetic considerations», *Brit. M.J.* 1:720, 1886.
99. GERARD, M. W.: «Enuresis. A Study in Etiology», *Am. J. Orthopsychiat.* 9:48, 1939.
100. GILLESPIE, R. D.: «Psychological Aspects of Skin Diseases», *Дп/./ Z)e/-wa/.* 50:1, 1938.
101. GOLDBLATT, H.: «Studies on Experimental Hypertension. V. The Pathogenesis of Experimental Hypertension Due to Renal Ischemia», *Ann. Int. Med.* 11:69, 1937.
102. GOLDSCHIEDER, K.: *Ztschr.f. aeryl. Fortbildiing*; Vol. 23, No., Seite, 1926 (quoted from Fahrenkamp).
103. GOODALL, J. S., and ROGERS, L.: «The Effects of the Emotions in the Production of Thyrotoxicosis», *M. / J Rec.* 138:411, 1933.
104. GRAHAM, J. R., and WOLFF, H. G.: «Mechanism of Migraine Headache and Action of Ergotamine Tartrate», *Arch. Neurol. & Psychiat.* 39:737, 1938.
105. **GREGG**, A.: «The Future & Medicine», *Harvard Medical Alumni Bulletin, Cambridge.* Vol. 11 (October, 1936).
106. GROEN, J.: «Psychogenesis and Psychotherapy of Ulcerative Colitis», *Psychosom. Med.* 9:151, 1947.
107. GULL, W.: «Anorexia Nervosa», *Tr. Clin. Soc.*, London, 7:22, 1874.
108. GUTHEIL, E.: «Analysis of a Case of Migraine», *Psycho-analyt. Rev.* 21:272, 1934.
109. HALLIDAY, J. L.: «Approach to Asthma», *Brit. J. M. Psychol.* 17:1, 1937.
110. —————: «Concept of a Psychosomatic Affection», *Lancet*, London, 2:692, 1943.
111. —————: «Epidemiology and the Psychosomatic Affections; a Study in Social Medicine», *Lancet*, London, 2:185, 1946.
112. —————: «The Incidence of Psychosomatic Affections in Britain», *Psychosom. Med.* 7:135, 1945.
113. — • —————: «Psychological Aspects of Rheumatoid Arthritis», *Proc. Roy. Soc. Med.* 35:455, 1942.
114. —————: «Psychological Factors in Rheumatism: Preliminary Study», *Brit. M. J.* 1:213, 264, 1937.
115. —————: *Psychosocial Medicine. A Study of the Sick Society*. New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1948.
116. HAM, G. Q., ALEXANDER, F., and CARMICHAEL, H. T.: «Dynamic Aspects of the Personality Features and Reactions Characteristic of Patients with Graves' Disease» Presented at the A. Research Nerv. & Ment. Dis., New York, December 9, 1949.
117. HARTMAN, H. R.: «Neurogenic Factors in Peptic Ulcer», *M. din.*

North America 16:1357, 1933.

118. HILL, L. B.: «A Psychoanalytic Observation on Essential Hypertension», *Psychoanalyt. Rev.* 22:60, 1935.

119. HIMWICH, H. E.: «A Review of Hypoglycemia, Its Physiology and Pathology, Symptomatology and Treatment», *Am. J. Digest. Dis.* 11:1, 1944.

120. HINKLE, L. E., CONGER, G. A., and WOLF, S.: «Experimental Evidence on the Mechanism of Diabetic Ketosis», *J. clin. Investigation.* 28:788, 1949.

121. HINKLE, L. E., and WOLF, S.: «Experimental Study of Life Situations, Emotions, and the Occurrence of Acidosis in a Juvenile Diabetic», *Am. J. M. Sc.* 217:130, 1949.

122. HOSKINS, R. G.: *Endocrinology*. Revised Edition. New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1950.

123. JACKSON, D. D.: «The Psychosomatic Factors in Ulcerative Colitis», *Psychosom. Med.* 8:278, 1946.

124. JELLIFFE, S. E., and EVANS, E.: «Psoriasis as an Hysterical Conversion Symbolization», *New York Med. J.* 104:1077, 1916.

125. JOHNSON, A. M.: «A Case of Migraine», in *Proceedings of the Third Psychotherapy Council*. Chicago, Institute for Psycho-analysis, 1946.

126. JOHNSON, A. M., SHAPIRO, L. B., and ALEXANDER, F.: «A Preliminary Report on a Psychosomatic Study of Rheumatoid Arthritis», *Psychosom. Med.* 9:295, 1947.

127. JONES, E.: «Urethralerotik und Ehrgeiz», *Internatl. Zfschr.f. Aer^{ti}. Psychoanal.* 3:156, 1915.

128. JOSLIN, E. P., ROOT, H. F., WHITE, P., MARBLE, A., and BAILEY, C. C.: *The Treatment of Diabetes Mellitis*. Eighth Edition. Philadelphia, Lea and Febiger, 1947.

129. KAPP, F. T., ROSENBAUM, M., and R. OMANO, J.: «Psychological Factors in Men with Peptic Ulcers», *Am. J. Psychiat.* 103:700, 1947.

130. KEPECS, J., ROBIN, M., and BRUNNER, M. J.: «The Relationship of Certain Emotional States and Transudation into the Skin». Presented at the Annual Meeting of the Am. Psychosom. Soc. Atlantic City, April 30, 1949,

131. KING, E. L., and HERRING, J. S.: «Hypothyroidism in the Causation of Abortion, Especially of the 'Missed' Variety», *J.A.M.A.* 113:1300, 1939.

132. KLAUDER, J. V.: «Psychogenic Aspects of Diseases of the Skin», *Arch. Neural. & Psychiat.* 33:221, 1935. •

133. KNOPF, O.: «Preliminary Report on Personality Studies in 30 Migraine Patients», *J. Nerv. & Ment. Dis.* 82:270, 400, 1935.

134. KRONFELD, A.: «Oesophagus-Neurosen», *Psychotomie-therapeut. Praxis* 1:21, 1934.

135. LASEGUE, C.: «On Hysterical Anorexia», *Med. Times and Gat.* 2:265, 1873.

136. LEVEY, H. B.: «The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-Intestinal Disturbances. A Symposium. IV. Oral Trends and Oral Conflicts in a Case of Duodenal Ulcer», *Psychoanalyt. Quart.* 3:574, 1934.

137. LEVINE, M.: «The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-Intestinal Disturbances. A Symposium. V. Preenatal Trends in a Case of Chronic Diarrhea and Vomiting», *Psychoanalyt. Quart.* 3:583, 1934.

138. LEWIS, N. D. C.: «Psychoanalytic Study of Hyperthyroidism»,

Psychoanalyt. Rev. 10:140, 1923.

139. —————: «Psychological Factors in Hyperthyroidism», *M. J. FrRec.* 122:121, 1925.

140. LIDZ, T.: «Emotional Factors in the Etiology of Hyperthyroidism», *Psychosom. Med.* 11:2, 1949.

141. LINDEMANN, E.: «Psychiatric Problems in Conservative Treatment of Ulcerative Colitis», *Arch. Neural, & Psychiaf.* 53:322, 1945.

142. LONG, C. N. H.: «Conditions Associated with Secretion of Adrenal Cortex», *Federation Proc.* 6:461, 1947.

143. LORAND, S.: «Psychogenic Factors in a Case of Angio-neurotic Edema», *J. Mt. Sinai Hasp.* 2:231, 1936.

144. MAHL, G. F.: «Effect of Chronic Fear on the Gastric Secretion of HCL in Dogs», *Psychosom. Med.* 11:30, 1949.

145. MARANON, G.: «Le facteur emotionnel dans la patho-genie des etats hyperthyroïdiens», *Ann. med.* 9:81, 1921.

146. MARBE, K.: *Praktische Psychologie der Unfaelle und Betriebsschaeden*. Muenchen-Berlin, R. Oldenbourg, 1926.

147. MARCUSSEN, R. M., and WOLFF, H. G.: «Therapy of Migraine», *J.A.M.A.* 139:198, 1949.

148. MARKEE, J. E., SAWYER, C. H., and HOLLINSHE-AD, W. H.: «Andrenergic Control of the Release of Luteinizing Hormone from the Hypophysis of the Rabbit», *Recent Progr. Hormone Research*, 2:117, 1948.

149. MASLOW, A.: «The Role of Dominance in the Social and Sexual Behavior of Infra-Human Primates: III. A Theory of Sexual Behavior of Infra-Human Primates», *J. Genet. Psychol.* 48:310, 1936.

150. MEYER, A., BOLLMEIER, L. N., and ALEXANDER, F.: «Correlation between Emotions and Carbohydrate Metabolism in Two Cases of Diabetes Mellitus», *Psychosom. Med.* 7:335, 1945.

151. MEAD, M.: *Male and Female*. New York, William Morrow & Company, 1949.

152. MENNINGER, K.: «Emotional Factors in Hypertension», *Bull. Menninger Clin.* 2:74, 1938.

153. —————: «Polysurgery and Polysurgical Addiction», *Psychoanalyt. Quart.* 3:173, 1934.

154. MENNINGER, K., and MENNINGER, W. C.: «Psychoanalytic Observations in Cardiac Disorders», *Am. HeartJ.* 11:10, 1936.

155. MEYER, K., PRUDDEN, J. F., LEHMAN, W. L., and STEINBERG, A.: «Lysozyme Activity in Ulcerative Alimentary Disease. I. Lysozyme in Peptic Ulcer», *Am. J. Med.* 5:482, 1948.

156. MEYER, K., GELLHORN, A., PRUDDEN, J. F., LEHMAN, W. L., and STEINBERG, A.: «Lysozyme Activity in Ulcerative Alimentary Disease. II. Lysozyme Activity in Chronic Ulcerative Colitis», *Am. J. Med.* 5:496, 1948.

157. MILLER, M. L.: «Psychodynamic Mechanisms in a Case of Neurodermatitis», *Psychosom. Med.* 10:309, 1948.

158. —————: «A Psychological Study of a Case of Eczema and a Case of Neurodermatitis», *Psychosom. Med.* 4:82, 1942.

159. MIRSKY, I. A.: «Emotional Factors in the Patient with Diabetes Mellitus», *Bull. Menninger Clin.* 12:187, 1948.

160. —————: «Emotional Hyperglycemia», *Proc. Central Soc. Clin. Research* 19:74, 1946.

161. —————: «The Etiology of Diabetic Acidosis»,

- J.A.M.A.* 118:690, 1942.
162. —————: «Some Considerations of the Etiology of Diabetes Mellitus in Man», *Proc. Am. Diab. A.* 5:117, 1945.
163. MIRSKY, I. A., BLOCK, S., OSHER, S., and BROH-KAHN, R. H.: «Uropepsin Excretion by Man; 1. The Source, Properties and Assay of Uropepsin», *J. Clin. Investigation* 27:818, 1948.
164. MITTELMANN, B.: «Psychogenic Factors and Psychotherapy in Hyperthyreosis and Rapid Heart Imbalance», *J. Nerv. & Ment. Dis.* 77:465, 1933.
165. MITTELMANN, B., and WOLFF, H. G.: «Emotions and Gastro-duodenal Function: Experimental Studies on Patients with Gastritis, Duodenitis and Peptic Ulcer», *Psychosom. Med.* 4:5, 1942.
166. MOHR, F.: *Psychophysische Behandlungsmethoden*. Leipzig, Hirzel, 1925.
167. MONTAGU, M. F. ASHLEY: *Adolescent Sterility*. Springfield, Charles C. Thomas, 1946.
168. MOSCHCOWITZ, E.: *Biology of Disease*. Mt. Sinai Hospital Monograph No. 1. New York, Grune & Stratton, 1948.
169. —————: «Hypertension: Its Significance, Relation to Arteriosclerosis and Nephritis and Etiology», *Am. J. M. Sc.* 158:668, 1919.
170. —————: «The Nature of Graves' Disease», *Arch. Int. Med.* 46-610, 1930.
171. *Motor Vehicle Traffic Conditions in the U.S.* Part 6, p. 4. 75th Congress, 3rd Session, House Document 462, Part 6, Washington, D.C., 1938..
172. MUELLER, O.: *Die KapWaren der Menschlichen Koer-peroberflaeche in Gesiinden und Kranken Tagen*. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1922.
173. MURRAY, C. D.: «A Brief Psychological Analysis of a Patient with Ulcerative Colitis», *J. Nerv. & Ment. Dis.* 72:617, 1930.
174. —————: «Psychogenic Factors in the Etiology of Ulcerative Colitis and Bloody Diarrhea», *Am J. M. Sc.* 180:239, 1930.
175. NECHELES, H.: «A Theory on Formation of Peptic S Ulcep», *Am. J. Digest. Dis. and Nutrition* 4:643, 1937.
176. ORR, D.: «Pregnancy Following the Decision to Adopt», *Psychosom. Med.* 3:441, 1941.
177. PAGE, I. H., and CORCORAN, A. C.: *Arterial Hypertension*. Chicago, The Year Book Publishers, 1945.
178. PALMER, W. L.: «Fundamental Difficulties in the Treatment of Peptic Ulcer», *J.A.M.A.* 101:1604, 1933.
179. PERLOFF, W. H.: «Role of the Hormones in Human Sexuality», *Psychosom. Med.* 11:133, 1949.
180. PODORE, C. J., BROH-KAHN, R. H., and MIRSKY, I. A.: «Uropepsin Excretion by Man. III. Uropepsin Excretion by Patients with Peptic Ulcer and Other Lesions of the Stomach», *J. Clin. Investigation* 27:834, 1948.
181. PORTIS, S. A.: «Idiopathic Ulcerative Colitis; Newer Concepts Concerning Its Cause and Management». *J.A.M.A.* 139-208, 1949.
182. PORTIS, S.A., and ZITMAN, I. H.: «A Mechanism of Fatigue in Neuro-psychiatric Patients», *J.A.M.A.* 121:569, 1943.

183. PRATT, J. P.: «Sex Functions in Man», Chapter 24 in *Sex and Internal Secretions*. Edited by E. Allen. Second Edition. Baltimore, The Williams and Wilkins Company, 1939.
184. RAHMAN, L., RICHARDSON, H. B., and RIPLEY, H. S.: «Anorexia Nervosa with Psychiatric Observations», *Psychosom. Med.* 1:335, 1939.
185. RAWSON, A. T.: «Accident Proneness», *Psychosom. Med.* 6:88, 1944.
186. RENNIE, T. A. C., and HOWARD, J. E.: «Hypoglycemia and Tension-Depression», *Psychosom. Med.* 4:273, 1942.
187. RICHARDSON, H. B.: «Simmonds' Disease and Anorexia Nervosa», *Arch. Int. Med.* 63:1, 1939.
188. RICHTER, K. M.: «Some New Observations Bearing on the Effect of Hyperthyroidism on Genital Structure and Function», *J. Morphol.* 74:375, 1944.
189. RISEMAN, J. E. F., and WEISS, S.: «Symptomatology of Arterial Hypertension», *Am. J. M. Sc.* 180:47, 1930.
190. ROMANO, J., and COON, G. P.: «Physiologic and Psychologic Studies in Spontaneous Hypoglycemia», *Psychosom. Med.* 4:283, 1942.
191. ROMANO, J., and ENGEL, G. L.: «Studies of Syncope. 111. The Differentiation between Vasodepressor Syncope and Hysterical Fainting», *Psychosom. Med.* 7:3, 1945.
192. ROMANO, J., ENGEL, G. L., WEBB, J. P., FERRIS, E. B., RYDER, H. W., and BLANKENHORN, M. A.: «Syncope Reactions during Simulated Exposure to High Altitude in Decompression Chamber», *War Med.* 4:475, 1943.
193. ROSEN, H., and LIDZ, T.: «Emotional Factors in the Precipitation of Recurrent Diabetic Acidosis», *Psychosom. Med.* 11:211, 1949.
194. ROSENBAUM, M.: «Psychogenic Headache», *Cincinnati J. Med. IS-I, m7*.
195. ROSENBAUM, M., and KAPP, F. T.: «Psychosomatic Conference of the Cincinnati General Hospital. Case N6. 14.1, Ulcerative Colitis», *Dis. Nerv. System* 8:345, 1947.
196. ROSS, W. D.: «The Person with Ulcerative Colitis», *Ca-paa.M.A.* 7.58:326, 1948.
197. RUBENSTEIN, B. B.: «Functional Sterility in Women», *Ohio State M.J.* 35:1066, 1939.
198. —————: «The Vaginal Smear-Basal Body Temperature Technic and Its Application to the Study of Functional Sterility in Women», *Endocrinology*, 27:843, 1940.
199. RUESCH, J., CHRISTIANSEN, C., HARRIS, R. E., DEWEES, S., JACOBSON, A., and LOEB, M. B.: *Duodenal Ulcer. A Sociopsychological Study of Naval Enlisted Personnel and Civilians*. Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1948.
200. RUESCH, J., CHRISTIANSEN, C., PATTERSON, L. C., DEWEES, S., JACOBSON, A., in cooperation with SOLEY, M. H.: «Psychological Invalidism in Thyroidectomized Patients», *Psychosom. Med.* 9:77, 1947.
201. SADGER, J.: «Ueber sexualsymbolische Verwertung des Kopfschmerzes», *Zentralbl.f. Psychoanal.* 2:190, 1911/12.
202. SAUL, L. J.: «Hostility in Cases of Essential Hypertension», *Psychosom. Med.* 1:153, 1939-203.

- SAUL, L. J., and BERNSTEIN, C.: «The Emotional Settings of Some Attacks of Urticaria», *Psychosom. Med.* 3:349, 1941.
204. SAWYER, C. H., MARKEE, J. Ě., and TOWNSEND, B. P.: «Cholinergic and Andrenergic Components in the Neurohu-moral Control of the Release of LH in the Rabbit», *Endocrinology* 44:18, 1949.
205. SCARBOROUGH, L. F.: «Neuro-Dermatitis from a Psychosomatic Viewpoint», *Dis. Nei-v. System*, 9:90, 1948.
206. SCHIELE, B. C., and BROZEK, J.: « 'Experimental Neurosis' Resulting from Semistarvation in Man», *Psychosom. Med.* 10:31, 1948.
207. SCHMIED, M.: «Esstoerung und Verstimmung vor dem dritten Lebensjahr», *Ztschr.f. Psychoanal. Paed.* 10:241, 1936.
208. SCHULZE, V. E., and SCHWAB, E. H.: «Arteriolar Hypertension in the American Negro», *Am. Heart J.* 11:66, 1936.
209. SEIDENBERG, R.: «Psychosexual Headache», *Psychiat. Quart.* 21:35, 1947.
210. SELINSKY, H.: «Psychological Study of the Migrainous Syndrome», *Bull. New York Acad. Med.* 15:757, 1939.
211. SELYE, H.: «The General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation», *J. din. Endocrinol.* 6:117, 1946.
212. SILBERMANN, I. S.: «Experimentelle Magen-Duode-nalulcus-erzeugung durch Scheinfuettern nach Pavlov», *Zentralbl. f. Chir.* 54:2385, 1927.
213. SMITH, H. W.: *Lectures on the Kidney*. Lawrence, University of Kansas Press, 1943.
214. SMITH, H. W., COLORING, W., and CHASIS, H.: «Role of the Kidney in the Genesis of Hypertension», *Bull. New York Acad. Med.* 19:449, 1943.
215. SOFFER, L. J., VOLTERRA, M., GABRILOVE, J. L., POLLACK, A., and JACOBS, M.: «Effect of Iodine and Adrenalin on Thyrotropin in Graves' Disease and in Normal and Thyroidectomized Dogs», *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.* 64:446, 1947.
216. SOSKIN, S., and LEVINE, R.: *Carbohydrate Metabolism*. Chicago, University of Chicago Press, 1946.
217. SOULE, S. D.: «A Study of Thyroid Activity in Normal Pregnancy»6 *Am. J. Obst. & Gynec.* 23:165, 1932.
218. SPERLING, M.: «Psychoanalytic Study of Ulcerative Colitis in Children», *Psychoanalyt. Quart.* 15:302, 1946.
219. SQUIER, R., and DUNBAR, F.: «Emotional Factors in the Course of Pregnancy», *Psychosom. Med.* 7:161, 1946.
220. STOKES, J. H.: «The Nervous and Mental Component in Cutaneous Disease», *Pennsylvania M.J.* 35:229, 1932.
221. STOKES, J. H., and BEERMAN, H.: «Psychosomatic Correlations in Allergic Conditions: a Review of Problems and Literature», *Psychosom. Med.* 2:438, 1940.
222. SULLIVAN, A. J., and CHANDLER, C. A.: «Ulcerative Colitis of Psychogenic Origin», *Yale J. Biol. sir Med.* 4:779, 1932.
223. SZASZ, T. S.: «Factors in the Pathogenesis of Peptic Ulcer», *Psychosom. Med.* 11:300, 1949.
224. —————: «Psychosomatic Aspects of Salivary Activity. I. Hypersalivation in Patients with Peptic Ulcer». (To be published in *Proc. of the A. for Research in Nerv. & Ment. Dis.*)
225. —————: «Psychosomatic Aspects of Salivary Activity. II.

Psychoanalytic Observations Concerning Hypersalivation». (To be published.)

226. —————: «Psychiatric Aspects of Vagotomy. A Preliminary Report», *Ann. Int. Med.* 28:279, 1948.

227. —————: «Psychiatric Aspects of Vagotomy. II. A Psychiatric Study of Vagotomized Ulcer Patients with Comments on Prognosis», *Psychosom. Med.* 11:187, 1949.

228. —————: «Psychiatric Aspects of Vagotomy. III. The Problem of Diarrhea after Vagotomy». (To be published in/. *Nerv. & Ment. Dis.*)

229. —————: «Psychiatric Aspects of Vagotomy. IV. Phantom Ulcer Pain», *Arch. Neural, J Psychiat.* 62:728, 1949.

230. SZASZ, T. S., KIRSNER, J. B., LEVIN, E., and PALMER, W. L.: «The Role of Hostility in the Pathogenesis of Peptic Ulcer: Theoretical Considerations with the Report of a Case». *Psychosom. Med.* 9:3[^], 1947.

231. SZONDI, L., and LAX, H.: «Über die Alimentäre Gly-kamische Reaktion bei Neurasthenic», *Ztschr.f. d. Gesamte Experimentelle Med ivn*, 64:274, 1929.

347

232. TALBOT, N. B., SOBEL, E. H., BURKE, B. S., LIN-DEMANN, E., and KAUFMAN, S. B.: «Dwarfism in Healthy Children: Its Possible Relation to Emotional, Nutritional and Endocrine Disturbances», *New England J. Med.* 236:783, 1947.

233. TAUBER, E. S., and DANIELS, G. E.: «Further Observations on Androgenic Hormones and Psychic Conflict», *Psycho-som. Med.* 11:140, 1949.

234. TAYLOR, H.: «Gastroscopy, Its History, Technique, and Clinical Value with Report on 60 Cases»6 *Brit. J. Siirg.* 24:469, 1937.

235. TOURAINE, G. A., and DRAPER, G.: «The Migrainous Patient», *J. Nerv. & Ment. Dis.* 80:1, 183, 1934.

236. UOTILA, U. U.: «On the Role of the Pituitary Stalk in the Regulation of the Anterior Pituitary, with Special Reference to the Thyrotropic Hormone», *Endocrinology*, 25:605, 1939.

237. VAN DER HEIDE, C.: «A Study of Mechanisms in Two Cases of Peptic Ulcer», *Psychosom. Med.* 2:398, 1940.

238. WALLACE, H. L.: «Hyperthyreoidism: A Statistical Presentation of its Symptomatology», *Edinburgh M.J.* (N.S.) 38:578, 1931.

239. WEBER, H.: «The Psychological Factor in Migraine», *Brit. J. Med. Psychol.* 12:151, 1932.

240. WEISS, E.: «Cardiospasm: A Psychosomatic Disorder», *Psychosom. Med.* 6:58, 1944.

241. —————: «Psychosomatic Aspects of Hypertension», *J.A.M.A.* 120:1081, 1942.

242. WEISS, E., and-ENGLISH, O. S.: *Psychosomatic Medicine*. Second Edition. Philadelphia and London, W. B. Saunders Company, 1949.

243. WEISS, EDOARDO: «Psychoanalyse eines Falles von Nervoesem Asthma», *Infernal. Zlschr.f. Psychoanal.* 8:440, 1922.

244. WEISS, S.: «The Interaction between Emotional States and the Cardiovascular System in Health and in Disease», *Contributions to the Medical Sciences in Honor of Dr. Emanuel Libman* 3:1181, 1932.

245. WEISS, S., and ELLIS, L. B.: «The Quantitative Aspects and Dynamics of the Circulatory Mechanism in Arterial Hypertension», [^]w.

Heart J. 5:448, 1930.

246. WESTPHAL, K.: «Untersuchungen zur Frage der nervösen Entstehung peptischer Ulcera», *Deutsche Arch.f. Klin. Med.* 114:327, 1914.

247. WHITE, B. V., COBB, S., and JONES, C. M.: *Mucous Colitis*. Psychosom. Med. Monogr. I. Washington, D.C., National Research Council, 1939.

248. WHITE, W. A.: *The Meaning of Disease*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1926.

249. WILDER, J.: «Psychological Problems in Hypoglycemia» *Am. J. Digest. Dis.* 10:428, 1943.

250. WILKINS, L., and FLEISCHMANN, W.: «Sexual Infantilism in Females; Causes, Diagnosis and Treatment», *J. Clin. Endocrinol.* 4:306, 1944.

251. WILSON, G. W.: «The Influence of Psychology Factors upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium. III. Typical Personality Trends and Conflicts in Cases of Spastic Colitis», *Psychoanalyt. Quart.* 3:558, 1934.

252. WINKELSTEIN, A.: «A New Therapy of Peptic Ulcer», *Am. J.M.Sc.* 185:695, 1933.

253. WITTKOWER, E.: «Studies on the Influence of Emotions on the Functions of the Organs Including Observations in Normals and Neurotics», *J. Ment. Sc.* 81:533, 1935.

254. —————: «Ulcerative Colitis: Personality Studies», *Дп7. Л/./.* 2:1356, 1938.

255. WOLBERG, L. R.: «Psychosomatic Correlations in Migraine: Report of a Case», *Psychiat. Quart.* 19:60, 1945.

256. WOLFE, T.: «Dynamic Aspects of Cardiovascular Symptomatology», *Am. J. Psychiat.* 91:563, 1934.

257. WOLFF, H. G.: «Personality Features and Reactions of Subjects with Migraine», *Arch. Neurol. & Psychiat.* 37: 895, 1937.

258. WOLFF, H. G., and WOLF, S.: «Studies on a Subject with a Large Gastric Fistula; Changes in the Function of the Stomach in Association with Varying Emotional States», *Tr. A: Am. Physicians* 57:115, 1942.

259. WULFF, M.: «Uebereinen Interessanten Oraln Symptomenkomplex und seine Beziehung zur Sucht», *Infernal. Ztschr. f. Psychoanal.* 18:281, 1932.

260. ZWEIG, S.: *Die Heilung durch den Geist (Mental Healers)*. Leipzig, Insel-Verlag, 1931.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ. . БЛАГОДАРНОСТЬ.

Часть первая ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Глава 1 ВВЕДЕНИЕ..:

Глава 2

РОЛЬ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ В РАЗВИТИИ

МЕДИЦИНЫ

Глава 3

ВЛИЯНИЕ ПСИХОАНАЛИЗА НА РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ Глава 4

ВЛИЯНИЕ ГЕШТАЛТ-ПСИХОЛОГИИ, НЕВРОЛОГИИ И

ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Глава 5

КОНВЕРСИОННАЯ ИСТЕРИЯ, ВЕГЕТАТИВНЫЙ НЕВРОЗ • И
ПСИХОГЕННЫЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Глава 6	
РАЗВИТИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ МЫСЛИ.	
Глава 7	
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ СООБРАЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ	
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПОДХОДА	
Глава 8	
ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО	
ПОДХОДА	51
1. ПСИХОГЕНЕЗ	51
2. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, ЗАТРАГИВАЕМЫЕ	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ВОЗДЕЙСТВИЯМИ.	53
3. ПРОБЛЕМА СПЕЦИФИЧНОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ	
ФАКТОРОВ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ	69
4. ТИП ЛИЧНОСТИ И БОЛЕЗНЬ	72
5. СООТНОШЕНИЕ НЕРВНЫХ И ГОРМОНАЛЬНЫХ	
МЕХАНИЗМОВ	78
Часть вторая	
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ	
ЗАБОЛЕВАНИЯХ	
ВВЕДЕНИЕ	87
Глава 9 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-	
КИШЕЧНЫХ	
РАССТРОЙСТВАХ	
1. НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ. РАССТРОЙСТВА АППЕТИТА	
2. РАССТРОЙСТВА АКТА ГЛОТАНИЯ	
3. РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ. . .	
4. НАРУШЕНИЯ ВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ	
Глава 10 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ НАРУШЕНИЯХ	
ДЫХАНИЯ.	
Глава 11	
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ	
РАССТРОЙСТВАХ.	164
1. РАССТРОЙСТВА СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
(ТАХИКАРДИЯ И АРИТМИЯ)	164
2. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ.	166
3. ВАЗОДЕПРЕССОРНЫЙ ОБМОРОК.	179
4. ПСИХОГЕННЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ И МИГРЕНЬ.	181
Глава 12 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ КОЖНЫХ	
ЗАБОЛЕВАНИЯХ	192
Глава 13	
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА	
ВЕЩЕСТВ И ЭНДОКРИННЫХ РАССТРОЙСТВАХ.	< 199.
1.ТИРЕОТОКСИКОЗ.	199
2. УТОМЛЕНИЕ	219
3. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ.	230
Глава 14	
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СУСТАВОВ И	
СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ	239
1. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ.	239
2. СКЛОННОСТЬ К НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЯМ	250
Глава 15 ФУНКЦИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ИХ РАССТРОЙСТВА	
(ТЕРЕЗА БЕНЕДЕК)	260

1. МУЖСКИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ	272
2. ЖЕНСКИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ	274
3. ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ.	290
Глава 16	
ПСИХОТЕРАПИЯ	• • • : ;. 321
БИБЛИОГРАФИЯ	: 333